

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Direktor: Prof. Dr. med. B. Brinkmann

ARZT UND STRAFRECHT

Begutachtung von ärztlichen Sorgfaltspflicht-
verletzungen ("Kunstfehlern")
Erfahrungen und Ergebnisse aus zehn Jahren (1968 - 1977)

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Fachbereiche
5 Vorklinische und Theoretische Medizin und
6 Klinische Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Ludger Figgenger aus Dorsten
Münster 1981



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555408_0062

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Direktor: Prof. Dr. med. B. Brinkmann

A R Z T U N D S T R A F R E C H T

Begutachtung von ärztlichen Sorgfaltspflicht-
verletzungen ("Kunstfehlern")
Erfahrungen und Ergebnisse aus zehn Jahren (1968 - 1977)

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Fachbereiche
5 Vorklinische und Theoretische Medizin und
6 Klinische Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Ludger Figgenger aus Dorsten
Münster 1981



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan:

Prof. Dr. med. H.J. Kühle

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. habil. H.W. Sachs
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. B. Brinkmann

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Referent: Prof. Dr. med. habil. H.W. Sauer

Korreferent: Prof. Dr. med. B. Brinkmann

Zusammenfassung

Figgener, Ludger

ARZT UND STRAFRECHT - Begutachtung von ärztlichen Sorgfalts-
pflichtverletzungen ("Kunstfehlern") - Erfahrungen und Er-
gebnisse aus zehn Jahren (1968 - 1977)

Die Zahl der Verfahren gegen Ärzte stieg. Die Ursachen dürf-
ten u.a. liegen in den wesentlich intensiveren Behandlungsmethoden, in der fortschreitenden Verrechtlichung der Arzt-Patient-Beziehung, in übersteigerten Erwartungen und erhöhter Prozeßbereitschaft, z.T. hervorgerufen durch eine emotional angeheizte, tendenziöse Berichterstattung.

Zwischen Medizin und Jurisprudenz herrschen oft Verständigungsschwierigkeiten. Eine uneinheitliche und nicht selten uneindeutige Terminologie führt vor allem in der Fragestellung der Juristen an den medizinischen Gutachter zu Mißverständnissen. Für die rechtliche Wertung ärztlichen Fehlverhaltens ist der "Kunstfehler"-Begriff unbrauchbar und sollte zugunsten eindeutiger juristischer Terminologie vermieden werden. Dem medizinischen Gutachter wird bisweilen der Vorwurf mangelnder Objektivität gemacht. Dabei wird übersehen, daß er auch bei Feststellung ärztlichen Fehlverhaltens häufig die Kausalität aufgrund der Unwägbarkeiten biologischen Geschehens nicht mit der notwendigen Sicherheit nachweisen kann. Der Vorwurf findet, jedenfalls in unseren Untersuchungen, keine Bestätigung. Um Verständigungsschwierigkeiten auszuräumen und Vorwürfen vorzubeugen, werden verschiedene Möglichkeiten erörtert.

Wenn die Kausalität für den Tod eines Patienten nicht hinreichend sicher nachweisbar ist, kann eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung als Körperverletzung strafbegründend sein. Wo trotz feststehenden ärztlichen Fehlverhaltens das Strafverfahren freispricht, sollten die Berufsgerichte das Ansehen des Berufstandes und das Vertrauen der Patienten wahren.

Tag der Promotion: 5. 11. 1981

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis	VII
Einführung	1
1. Die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland	1
2. Die Situation in den Vereinigten Staaten	2
3. Rechtliche Unterschiede in den Vereinigten Staaten und der Bundesrepublik Deutschland	4
4. Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung	6
Aus Literatur und Rechtsprechung	8
1. Grundbegriffe des Strafrechts und des Strafverfahrens	8
2. Die Rechtsnatur des ärztlichen Eingriffs und ihre Konsequenzen	11
2.1 Der ärztliche Eingriff - eine tatbestandsmäßige Körperverletzung	11
2.2 Die Rechtfertigung	13
2.2.1 Einwilligung nach Aufklärung	15
2.2.1.1 Die strengen Anforderungen der Rechtsprechung an die Aufklärung	16
2.2.1.2 Die Rüge mangelnder oder unterlassener Aufklärung als juristischer Trick	20
2.2.2 Beachtung der "leges artis"	21
3. Der "Kunstfehler" - Vorwurf	22
3.1 "Kunstfehler", "leges artis": Begriffe ohne verbindliche Definition	23
3.2 Rechtliche Kriterien der Wertung ärztlicher Fehlleistung	25
3.2.1 Fahrlässigkeit	26
3.2.2 Sorgfaltspflichtverletzung	27
3.2.2.1 Inhalte ärztlicher Sorgfalt	27
3.2.2.2 Ausmaß ärztlicher Sorgfalt	29

3.2.3	Kausalität	31
4.	Unterlassene Hilfeleistung	34
5.	Der medizinische Sachverständige im Strafprozeß	37
5.1	"Nach bestem Wissen und Gewissen"	39
5.2	Die Kritik am Sachverständigen	40
5.3	Der Ursachenzusammenhang und die erforderliche Sicherheit seines Nachweises	42
Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster		46
1.	Die Entwicklung in den Jahren 1968 bis 1977	46
2.	Gegen Ärzte welcher Fachrichtung wurden Verfahren eingeleitet	53
3.	Von wem wurden die Verfahren in Gang gebracht?	54
4.	Welcher Art waren Vorwurf oder Verdacht?	55
5.	Fragestellungen an den Gutachter	57
6.	Verständigungsschwierigkeiten	58
7.	Die Kritik am Sachverständigen - berechtigt oder unberechtigt?	60
8.	Ausgang und Dauer der Verfahren	64
9.	Freispruch wegen fahrlässiger Tötung - aber Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung	65
10.	Die ärztliche Berufsgerichtsbarkeit	68
Schlußwort		71
Zusammenfassung		72
Literaturverzeichnis		73
Danksagung		82
Lebenslauf		83

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

a.a.O.	am angegebenen Orte
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Anm.	Anmerkung
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
Bd.	Band
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Strafsachen (zitiert nach Band und Seite)
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen (zitiert nach Band und Seite)
bzw.	beziehungsweise
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
ders.	derselbe
d.h.	das heißt
DMW	Deutsche Medizinische Wochenschrift
e.a.	et alii
etc.	et cetera
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
ff.	folgende
Fußn.	Fußnote
Hrsg.	Herausgeber
Jahrg.	Jahrgang
JW	Juristische Wochenschrift
KHA	Der Krankenhausarzt in Wissenschaft, Recht und Wirtschaft
Laryng.	
Rhinol.	Laryngologie, Rhinologie, Otologie
MMW	Münchener Medizinische Wochenschrift
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
Nr.	Nummer

OLG	Oberlandesgericht
RG	Reichsgericht
RGSt	Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen (zitiert nach Band und Seite)
RGZ	Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen (zitiert nach Band und Seite)
S.	Seite
sog.	sogenannt(er, e, es)
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozeßordnung
u.a.	unter anderem
vergl.	vergleiche
VersR	Versicherungsrecht
WMW	Wiener Medizinische Wochenschrift
z.B.	zum Beispiel

EINFÜHRUNG

So alt wie Medizin, ärztliches Bemühen und Handeln sind, so alt ist auch die Diskussion um ärztliches Fehlverhalten und Mißerfolg, schlechthin um das, was landläufig mit "Kunstfehler" umschrieben wird.

Seit einiger Zeit wird sowohl in der medizinischen und juristischen Fachpresse als auch in den Massenmedien immer häufiger über sogenannte "ärztliche Kunstfehler", Arztprozesse und über damit zusammenhängende Probleme berichtet.

1. Die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich die Zahl der Arztprozesse in sieben Jahren verzehnfacht!¹⁾ Mehr noch ist das Schadensvolumen gestiegen,²⁾ was erwartungsgemäß auch die Prämien für Haftpflichtversicherungen hat in die Höhe schnellen lassen.³⁾

Eine solche Entwicklung ruft in der deutschen Ärzteschaft große Beunruhigung hervor, nicht zuletzt verursacht durch die Unsachlichkeit, mit der über diese brennenden Probleme häufig berichtet wird. Mit teilweise unverhohlener Genüßlichkeit wird dieser Themenkreis ausgeschlachtet, läßt er sich doch so subtil verquicken mit Angriffen gegen den gesamten Ärztestand, die weniger einer wohlverstandenen Sorge um unser Gesundheitswesen entspringen, sondern denen vielmehr ganz andere, bisweilen recht durchsichtige Zielrichtungen zugrunde liegen.

1) Der Spiegel, 31. Jahrg. (1977) Nr. 17 S. 46/47

2) Becker, W. et al., Probleme der fachärztlichen Aufklärungspflicht, Laryng. Rhinol. 54 (1975) S. 787

3) Der Spiegel, a.a.O. S. 47

Die Berichterstattung reicht von sachlicher Information über tendenziöse Kritik und mit Sachkenntnis betriebenen Mißbrauch der Medien bis hin zu verhetzenden Rundumschlägen gegen die gesamte Ärzteschaft.

Zielpunkt ist nicht nur der fehlbare Arzt, sondern auch und vor allem der medizinische Sachverständige, der, wenn er nicht dem Kläger das Wort redet, oftmals mit salopper Feder leichtfertig die Krähe genannt wird, die der anderen kein Auge aushackt.

2. Die Situation in den Vereinigten Staaten

Die Situation in den Vereinigten Staaten ist der unseren auf vielen Gebieten um einige Jahre voraus und erlaubt so Voraussagen über mögliche Entwicklungen bei uns.

Krasseste Verhältnisse herrschen dort; die Zahl der Arztprozesse ist in den letzten Jahren lawinenartig angewachsen.¹⁾ Nach einer 1972 vom "American College of Surgeons" durchgeführten Umfrage, an der sich nahezu 16.000 amerikanische Chirurgen beteiligten, mußten zu dieser Zeit zwei von fünf Chirurgen mit einer "Kunstfehler"-Klage rechnen.²⁾ Bereits 1977 lief gegen jeden zehnten US-Arzt eine "malpractice"-Klage.³⁾

Geradezu explosionsartig stiegen die Schadensersatzsummen, zu deren Zahlung die Ärzte, bzw. deren Versicherungen verurteilt wurden. Daß die Gerichte den Klägern als Schadensersatz Dollarbeträge in Millionenhöhe zusprechen, ist keine Seltenheit mehr.⁴⁾ Die höchste (soweit bis zu diesem Zeitpunkt bekannt) für einen medizinischen "Kunstfehler" in den Vereinigten Staaten

1) Franzki, H. und D., Waffengleichheit im Arzthaftungsprozeß, NJW 28 (1975) S. 2225

2) FAZ vom 28. Juni 1972

3) Der Spiegel, a.a.O. S. 53

4) 1,7 Millionen Dollar nach mißlungener Wirbelsäulenoperation, FAZ vom 12. Dez. 1973; umgerechnet 9 Millionen Mark für Verlust der einen und Funktionsuntüchtigkeit der anderen Niere, FAZ vom 6. Mai 1978; 1,5 Millionen Dollar für vollständige Lähmung, FAZ vom 24. Mai 1978

gewährte Entschädigung beläuft sich auf 7,6 Millionen Dollar. Diese Schadensersatzsumme wurde von einem Gericht in San Francisco einem achtzehn Jahre alten Mädchen zugesprochen, dem durch Krebsbestrahlung das Rückenmark zerstört wurde und das seitdem an den Rollstuhl gefesselt ist.¹⁾

Mit den Entschädigungen stiegen in Amerika auch die ärztlichen Haftpflichtprämien, nämlich um rund 1200 % (!) in den letzten zehn Jahren.²⁾ Die Jahresprämien bewegen sich derzeit bis zu 50.000 Dollar.³⁾ Trotz dieser Prämien nehmen viele Haftpflichtversicherer die Arzthaftung nicht mehr in Deckung.⁴⁾

Die Probleme um die Arzthaftung sind in den USA in solche Dimensionen hineingewachsen, daß sie zu einer im allgemeinen Sprachgebrauch als "malpractice - crisis" bezeichneten Situation geführt haben.

Die Folgen dieser Entwicklung sind evident. Viele operativ tätige Ärzte haben bereits ihren Beruf aufgegeben. Die übrigen Ärzte ziehen sich immer mehr auf eine defensive Medizin zurück, d.h., sie führen nur noch risikolose oder risikogeringe Eingriffe und Behandlungen durch, vermeiden risikobehaftete, aber durchaus indizierte Therapien und sichern sich zugleich durch einen diagnostischen Aufwand ab, der das ohnehin bedrohliche Wachstum der Gesundheitskosten zusätzlich beschleunigt.⁵⁾

Es ist keine Groteske, sondern eine nachdenklich stimmende Konsequenz dieser Entwicklung, wenn Ärzte, selbst wegen angeblichen "Kunstfehlers" verklagt, sich ihrerseits veranlaßt sehen, Kläger und Anwalt auf Schadens-

1) FAZ vom 21. Okt. 1978

2) Baur, U., Der ärztliche Kunstfehler, KHA 48 (1975) S. 419

3) ders.

4) Gerdes, V., Arzthaftung in den USA - ein fast unverversicherbares Risiko, Versicherungswirtschaft 31 (1976) S. 62

5) Der Spiegel, a.a.O. S. 53

ersatz und Schmerzensgeld wegen Rufschädigung zu verklagen.¹⁾

Die aphoristische Inschrift im Wartezimmer vieler amerikanischer Ärzte: "If you are sick, go to your lawyer!" ist eine ebenso bissig-sarkastische, wie angesichts der Situation verständliche Reaktion dieser Ärzte.

3. Rechtliche Unterschiede in den Vereinigten Staaten und der Bundesrepublik Deutschland

Diese Entwicklung der Arztprozesse in den USA kann den Betrachter nicht ohne Sorge lassen. Gleichwohl steht nicht zu befürchten, daß die krassesten Auswirkungen in absehbarer Zeit auch auf unser Land übergreifen. Viele der Voraussetzungen, insbesondere im Kosten-, Gerichtsverfassungs- und Beweisrecht, unter denen es in den USA zu dem Anschwellen der Arztprozesse kommen konnte, sind bei uns nicht oder nicht so gegeben.

Anders als (vorläufig?) bei uns gibt es dort eine große, ganz auf Arztprozesse spezialisierte Anwaltschaft. Die dortige Gerichtsverfassung läßt die Vereinbarung von Erfolgshonoraren zu: Bei Schadensersatzprozessen gegen Ärzte erhalten Anwälte von ihren Klienten erst dann ein Honorar, wenn der Fall zu ihren Gunsten entschieden ist.²⁾ Bei uns ist ein solches Erfolgshonorar nicht zulässig.

Weiterhin bürdet bei uns die Pflicht zur Kostenerstattung an den obsiegenden Gegner dem Kläger das Prozeßrisiko auf; in den USA fehlt es an einem solchen Kostenrisiko für den Kläger.

1) DÄ 25 (1976) S. 1663

2) Dann aber wird das Honorar prozentual aus der erstrittenen Entschädigungssumme berechnet, von der dem Kläger schließlich nach Abzug aller Gerichts- und Anwaltskosten nicht selten nur noch ein Viertel (oder sogar weniger) übrigbleibt. Die Anwälte müssen nämlich ihr anteiliges Honorar von vorneherein so hoch ansetzen, daß sie bei einem Erfolg auch einen gewissen Ausgleich für jene Fälle haben, in denen sie erfolglos bleiben und deshalb überhaupt nichts bekommen.

Eine der wesentlichsten Ursachen, daß so viele Arztprozesse in den USA angestrengt und gewonnen werden, liegt schließlich in den Beweisregeln, die den Kläger stärker als nach deutschem Recht begünstigen.

Das gilt namentlich für die im angelsächsischen Recht seit alten Zeiten verankerte, in neuerer Zeit auch in Arzthaftungsprozessen angewandte "doctrine of res ipsa loquitur". Darin wird die Fahrlässigkeit des beklagten Arztes vorausgesetzt, und die Beweislast geht damit auf diesen über. Bei uns fehlt es an einer den Patienten ähnlich begünstigenden Beweisregel, obgleich auch unsere Gerichte immer mehr dazu übergehen, der Beweisnot des Patienten bei einem groben, evidenten Behandlungsfehler durch Umkehr der Beweislast auf den Arzt abzuhelpfen, oder - bei typischen Geschehensabläufen - die Beweislast des Patienten zu mildern, indem dieser lediglich einen Umstand (etwa das Zurücklassen einer Arterienklemme) darzutun hat, der nach der Lebenserfahrung auf einen bestimmten Grund (Verschulden des Arztes) hindeutet; sog. Beweis des ersten Anscheins oder prima-facie-Beweis.¹⁾

Aufgrund dieser Unterschiede dürfte eine so drastische Situation wie in den Vereinigten Staaten bei uns wohl vorläufig nicht eintreten.

Untersuchungen einschlägiger Fälle und zugehörige Gutachtererfahrungen aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Münster sollen aber zeigen, wie sich dieser Problemkreis heute darstellt, und wie er sich in Zukunft entwickeln könnte.

1) Kritisch zu der Tendenz der Rechtsprechung: Gärtner, H.-J., Müller, Th. M. und H.-J. A. Schade, Ärztliches Handeln muß "prozeßfest" werden, Arzt und Wirtschaft 1980 Nr. 10 S. 35-39

4. Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung

Ausgangspunkt der Untersuchung waren die Protokolle der 3242 Leichenöffnungen sowie die (nicht gezählten) medizinischen Gutachten, mit denen das Institut für Rechtsmedizin der Universität Münster in den Jahren von 1968 bis 1977 befaßt war.

Der Verdacht oder Vorwurf ärztlichen Fehlverhaltens war 142 mal erhoben worden, wobei 102 mal eine Leichenöffnung angeordnet war (ca. 3,2 % aller Leichenöffnungen in diesem Zeitraum) und 40 rechtsmedizinische Gutachten ohne vorangegangene Sektion erstellt wurden. In allen diesen Fällen wurden die Original-Akten der jeweiligen Staatsanwaltschaften bzw. Gerichte angefordert. In 19 Fällen waren die Akten bereits vernichtet, und in 16 Fällen wurden die Akten aus anderen Gründen nicht zugesandt, sodaß in 107 Akten Einsicht genommen werden konnte.

Diese wurden unter verschiedenen Fragestellungen im Hinblick auf die folgenden Ausführungen ausgewertet. So war es auch möglich, die Statistiken zu erstellen, die die jeweilige Entwicklung bzw. Situation im Einzugsbereich unseres Instituts widerspiegeln.

Diese Untersuchung soll kein repräsentatives Bild ergeben für die große Zahl aller Verfahren gegen Ärzte; sie kann es auch nicht, weil unser Untersuchungsmaterial sich fast ausschließlich auf Strafverfahren bezieht.

Es soll indes der Versuch unternommen werden, anhand der eigenen Fälle, ergänzt durch umfangreiche, einschlägige, juristische, medizinische und andere Literatur,

- in gebotener Kürze für das Verständnis des juristischen Laien wichtige Grundzüge und Begriffe des Strafrechts sowie des Verfahrensganges zu erläutern,
- die rechtliche Einstufung des ärztlichen Eingriffs und die sich daraus ergebenden Konsequenzen darzustellen,
- den "Kunstfehler"-Vorwurf aus strafrechtlicher Sicht zu betrachten,
- den Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung gegen den "Kunstfehler"-Vorwurf abzugrenzen,
- die Rolle des medizinischen Sachverständigen und seines Gutachtens und damit das Spannungsfeld zwischen den beiden Disziplinen Medizin und Jurisprudenz darzustellen,
- die Entwicklung einschlägiger Fälle sowie die Ergebnisse, Erfahrungen und Aspekte gutachterlicher Tätigkeit aus dem hiesigen Institut für Rechtsmedizin aufzuzeigen.

AUS LITERATUR UND RECHTSPRECHUNG

1. Grundbegriffe des Strafrechts und des
Strafverfahrens

Eine strafbare Handlung löst den staatlichen Strafanspruch aus.

Zur Annahme einer Straftat sind verschiedene Komponenten notwendig. Zunächst gehört dazu ein "Erfolg" im Sinne eines Strafgesetzes.¹⁾ Das kann z. B. eine Körperverletzung sein oder der Tod eines Menschen. Der Erfolg muß weiter tatbestandsmäßig herbeigeführt worden sein, d.h., unter objektiver Verwirklichung aller jener Merkmale, die das Gesetz für die Tat vorsieht. Diese Verwirklichung kann durch aktives Tun oder durch Unterlassen (Nicht-Abwendung des Erfolgseintritts) geschehen, § 13 StGB.

Die Unterlassung einer Handlung ist aber nur dann strafbar, wenn eine konkrete Pflicht zum Tätigwerden bestanden hat, d.h., die Gleichstellung des Unterlassens mit einem Tun setzt voraus, daß der Täter einen Erfolg, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, nicht abwendet, obwohl er rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt. Dabei darf es sich nicht nur um eine rein sittliche Pflicht handeln, es muß eine Rechtspflicht vorliegen.²⁾ Das kann eine sog. Garantenstellung sein, die beispielsweise entsteht, wenn ein Arzt die Behandlung

1) Diesen "Erfolgsdelikten" gegenüber stehen die "Tätigkeitsdelikte", deren Tatbestand ein schlichtes aktives Tun beschreibt, zu dem ein über dieses Tun hinausgehender Erfolg nicht hinzuzutreten braucht, z.B. falsches Schwören, unbefugtes Betreten eines Grundstücks, etc..

2) RGSt 64, 275

eines Kranken tatsächlich übernommen hat.¹⁾

Neben der Tatbestandsmäßigkeit einer Tat ist für eine Verurteilung weiter erforderlich, daß sie rechtswidrig erfolgte. Die Rechtswidrigkeit wird bereits dann vermutet, wenn der objektive Tatbestand erfüllt ist. Rechtswidrigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn im konkreten Fall ein sog. Rechtfertigungsgrund eingreift, z.B. Notwehr, Einwilligung, etc..

Wenn eine Tat den Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt und mangels Rechtfertigungsgründen rechtswidrig ist, so ist noch zu prüfen, ob der Täter vorwerfbar, schuldhaft gehandelt hat. Jedes vorsätzliche, d.h. bewußt gewollte (bzw. bewußt in Kauf genommene) oder fahrlässige Handeln ist schuldhaft.

Ebenso wie die Rechtswidrigkeit kann auch die Schuld durch sog. Schuldausschließungsgründe (z.B. fehlende Zurechnungsfähigkeit, wesentlicher Irrtum über Tatumstände, etc.) beseitigt sein.

Erst bei Vorliegen aller dieser Komponenten entsteht der Strafanspruch.

Dieser Strafanspruch der Allgemeinheit, repräsentiert durch den Staat, verwirklicht sich in der Arbeit von Polizei, Staatsanwaltschaft und Gericht. Die beiden ersteren Organe sind kraft Gesetzes verpflichtet, wegen aller gerichtlich verfolgbaren, strafbaren Handlungen einzuschreiten, sofern zureichende tatsächliche Anhaltspunkte vorliegen, §§ 152, 163 StPO.

Die Polizei ist hier weisungsgebundenes Ermittlungsorgan der Staatsanwaltschaft.

Das Strafverfahren (Strafprozeß) dient zur Durchsetzung des staatlichen Strafanspruches. Eingeleitet wird ein

1) Stree, W. in: Schönke/Schröder StGB Kommentar, 20. Aufl. C.H. Beck München 1980, § 13, Anm. 28; Gramberg-Danielsen, B., Die Haftung des Arztes, Ferdinand Enke Stuttgart 1978, S. 22/23; siehe auch im folgenden S. 34 ff.

Strafverfahren meist durch eine bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft erstattete Anzeige, § 158 StPO; aber auch ohne diese können Ermittlungen von Amts wegen eingeleitet werden.

Im Strafermittlungsverfahren der Polizei und Staatsanwaltschaft, dem sog. Vorverfahren, ist zu prüfen und zu entscheiden, ob die beschuldigte Person hinreichend verdächtig ist, eine Straftat begangen zu haben, § 160 StPO. Hinreichender Tatverdacht bedeutet die Feststellung von Tatsachen, aufgrund derer es nach praktischer Erfahrung zu einer Verurteilung in der Hauptverhandlung mit voll gültigen Beweisen kommen dürfte.¹⁾

Diese Ermittlungen führen entweder zur Einstellung durch die Staatsanwaltschaft, wenn der Verdacht einer Straftat nicht ausreichend begründet ist, oder zur Anklageerhebung, § 170 StPO.

Im Falle der Einstellung kann gegen den Einstellungsbescheid Beschwerde eingelegt werden und, wenn diese zurückgewiesen wird, die Entscheidung des zuständigen Oberlandesgerichts beantragt werden, sog. Klageerzwingungsverfahren, § 172 StPO.

Im Falle der Anklageerhebung bedeutet diese noch nicht, daß die Anklage vom Gericht auch zugelassen wird. Dieses prüft die Schlüssigkeit der Anklage und eröffnet das Hauptverfahren, wenn der Angeschuldigte nach den Ergebnissen des bisherigen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens einer Straftat hinreichend verdächtig erscheint, § 203 StPO.

In kleineren Fällen kann auch die Sache, statt im Hauptverfahren, durch schriftlichen Strafbefehl erledigt werden. Der Strafbefehl ist eine richterliche Entscheidung, die in einem summarischen Verfahren nach

1) BGH NJW 23 (1970) S. 1543

Anhörung des Beschuldigten an Stelle eines Strafurteils ergehen kann. Auf Antrag der Staatsanwaltschaft kann der Richter wegen eines Vergehens ohne Hauptverhandlung im schriftlichen Verfahren durch Strafbefehl eine Geldstrafe oder Freiheitsstrafe von höchstens drei Monaten festsetzen.

Die öffentliche Hauptverhandlung, in welcher der gesamte Sachverhalt in Anwesenheit des Angeklagten erörtert wird, schließt mit einem Urteil, das auf Verurteilung oder Freisprechung lauten kann. Der Verurteilte wie die Staatsanwaltschaft können Rechtsmittel gegen das Urteil einlegen (Berufung, Revision).

2. Die Rechtsnatur des ärztlichen Eingriffs und ihre Konsequenzen

2.1 Der ärztliche Eingriff - eine tatbestandsmäßige Körperverletzung

Gegenstand eines alten, bis heute nicht beigelegten Meinungsstreites zwischen Rechtsprechung und Literatur ist die Einstufung der Rechtsnatur des ärztlichen Eingriffs.

Von der Rechtsprechung wird seit alters her der ärztliche Eingriff als Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzes gewertet. Der Bundesgerichtshof hat bis heute im Anschluß an die Rechtsprechung des Reichsgerichts an der Auffassung festgehalten, daß auch ein nach dem Stande der medizinischen Wissenschaft und unter Beobachtung der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit zu Heilzwecken vorgenommener ärztlicher Eingriff eine tatbestandsmäßige Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzes sei, die nur deswegen ungestraft bleibt, weil ihre Rechtswidrigkeit durch das Eingreifen eines Rechtfertigungsgrundes (Einwilligung, Aufklärung, Indi-

kation)¹⁾ aufgehoben ist.²⁾

Das mutet eigentümlich an, umso mehr wenn man bedenkt, daß unter ärztlichem Eingriff längst nicht mehr nur der Schnitt des Chirurgen, also ein Eindringen in die körperliche Substanz verstanden wird, sondern jede ärztliche Behandlung, chirurgische, internistische wie psychiatrische, diagnostische wie therapeutische und rein prophylaktische.³⁾ Danach besteht der überwiegende Teil ärztlicher Tätigkeit aus Körperverletzungen. Diese 'Stigmatisierung' des ärztlichen Heileingriffs und damit die Gleichsetzung mit 'dem Messerstich des Raufboldes' (Bockelmann) ist von der Ärzteschaft seit jeher mit Leidenschaft bekämpft worden. Nahezu einhellig lehnt auch die strafrechtliche Literatur die (nicht nur den Arzt) befremdende Subsumption der ärztlichen Arbeit unter die Körperverletzung ab.⁴⁾

Die Strafgesetzentwürfe haben den ärztlichen Eingriff aus dem Bereich der Körperverletzung ausgeklammert. Allein, eine gesetzliche Regelung, die eine endgültige Klärung bringen könnte, steht bis heute aus.

Somit haben wir unseren Betrachtungen - gleich, welcher Meinung man zuneigt - die Praxis der Rechtsprechung, die auch in absehbarer Zeit keine Änderung erfahren dürfte, zugrunde zu legen.

1) vergl. dazu im folgenden S. 13ff.

2) RGSt 25, 375; 38, 34; 61, 393; 74, 91, 350;
BGHSt 11, 111; 12, 379; 16, 309

3) Grünwald, G., Heilbehandlung und ärztliche Aufklärungspflicht, in: Göppinger, H. (Hrsg.) Arzt und Recht, C.H. Beck München 1966, S. 135

4) vergl. statt aller: Schmidt, E., Der Arzt im Strafrecht, in: Ponsold, A. (Hrsg.) Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 2. Aufl. Georg Thieme Stuttgart 1957, S. 34/35 und Bockelmann, P., Das Strafrecht des Arztes, in: Ponsold, A. 3. Aufl. 1967, S. 30, jeweils mit weiteren Nachweisen

2.2 Die Rechtfertigung

Das rechtfertigende Element des ärztlichen Eingriffs, die Einwilligung des Patienten, ist an strenge Wirksamkeitsvoraussetzungen geknüpft. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, sollen die wichtigsten Voraussetzungen einer rechtsgültigen Einwilligung dargelegt werden.

Im Rahmen seines im Grundgesetz verankerten Persönlichkeitsrechts und der daraus entspringenden Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung kann der Einzelne über seine höchstpersönlichen Rechtsgüter selbst verfügen.

Diese Dispositionsbefugnis findet ihre Grenzen in den guten Sitten und in den Rechten anderer, die sich im Gesetz konkretisieren. Das eigene Leben unterliegt der Dispositionsbefugnis der Person jedenfalls insoweit nicht, als sie in die Tötung durch einen Dritten nicht wirksam einwilligen kann.

Das ergibt sich eindeutig aus § 216 StGB, der die Tötung auf Verlangen unter Strafe stellt.

Ebenso reicht auch die Einwilligung der Schwangeren in den Schwangerschaftsabbruch, also zur Tötung der Leibesfrucht, nicht als Rechtfertigungsgrund aus; denn hinsichtlich des noch ungeborenen Lebens fehlt der Schwangeren die Dispositionsbefugnis.¹⁾

Der Schwangerschaftsabbruch bedarf daher einer besonderen Rechtfertigung, die in § 218 a StGB im einzelnen geregelt ist.

1) Die in § 218 a Abs. 1 Nr. 1 StGB erwähnte Einwilligung der Schwangeren in den Schwangerschaftsabbruch betrifft nur das Eigeninteresse der Schwangeren, nämlich die Entscheidung darüber, ob sie das Risiko eines Schwangerschaftsabbruches eingehen will.

Auch die Dispositionsbefugnis hinsichtlich des Rechts auf körperliche Unversehrtheit erfüllt eine Einschränkung durch § 226 a StGB.

Das heißt in unserem Zusammenhang: Die Einwilligung des Patienten rechtfertigt dann nicht den ärztlichen Eingriff, wenn dieser gegen die guten Sitten verstößt, (z.B. kosmetischer Eingriff zu deliktischem Zwecke, wie Identitätstäuschung bzw. Unkenntlichmachung eines gesuchten Verbrechers).¹⁾

Die Rechtswirksamkeit einer im Rahmen der Dispositionsbefugnis erteilten Einwilligung beurteilt sich weiterhin danach, ob der Einwilligende nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffes ermessen und sich - auf solche Einsicht gestützt - für oder gegen den Eingriff entscheiden kann.²⁾

Die Einwilligung ist keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung,³⁾ sondern eine Ermächtigung zur Vornahme tatsächlicher Handlungen. Daher finden die Bestimmungen über die Geschäftsfähigkeit hier keine Anwendung.⁴⁾

1) Eser, A. in: Schönke/Schröder a.a.O., § 223 Anm. 50; Operationen zu kosmetischen Zwecken, also Eingriffe, die zwar nicht medizinisch indiziert sind, die aber durch ästhetisch positive Korrektur das subjektive Befinden des Patienten bessern, sind nicht amoralisch, nicht sittenwidrig und fallen daher nicht unter die Einschränkung des § 226 a StGB. Berg, St.P., Grundriß der Rechtsmedizin, 11. Aufl. Rudolph Müller & Steinicke München 1976, S. 45

2) BGHSt 12, 379

3) Wilts, W. und H. Kleinewefers, Die zivilrechtliche Haftung des Arztes, in: Mergen, A. (Hrsg.) Die juristische Problematik in der Medizin, Goldmann München 1971, Bd. III S. 46

4) BGHZ 29, 33

Hat der Minderjährige die erforderliche Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit, so kommt es auf seinen und nicht auf den Willen des gesetzlichen Vertreters an.¹⁾

2.2.1 Einwilligung nach Aufklärung

Sein Selbstbestimmungsrecht kann der Patient indes nur sinnvoll ausüben und eine wirkliche Entscheidung treffen, wenn er vom Arzt über seine Erkrankung, über Grund, Art und Folgen der Behandlung so unterrichtet wird, daß er ihre Tragweite erfassen und in den wesentlichen Zügen verstehen kann.

So ist denn auch die weitaus bedeutungsvollste Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung durch den Patienten seine Aufklärung durch den Arzt.

Von dieser sog. Selbstbestimmungsaufklärung zu unterscheiden ist die therapeutische Aufklärungspflicht des Arztes. Unterläßt er es beispielsweise, den Patienten auf eine bestimmte medizinisch gebotene Vorsicht in der Lebensführung hinzuweisen oder ihm anzuraten, auf gewisse Symptome zu achten und an drohende Gefahren zu denken, so verletzt der Arzt nicht das Selbstbestimmungsrecht des Kranken, sondern seine Gesundheit.

In einem solchen Versäumnis liegt also nicht eine eigentliche Aufklärungspflichtverletzung, sondern eine Verletzung der später noch zu besprechenden Sorgfaltspflicht bei der Behandlung.²⁾

1) Lenckner, Th. in: Schönke/Schröder a.a.O., Vorbemerkungen zu §§ 32 ff. Anm. 42

2) Laufs, A. Die Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht und ihre deliktische Rechtsfolge, NJW 27 (1974) S. 2028

2.2.1.1 Die strengen Anforderungen der Rechtsprechung an die Aufklärung

Im Verlaufe der Entwicklung der Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht haben das Reichsgericht und im Anschluß daran der Bundesgerichtshof ungemein strenge Anforderungen aufgestellt, wobei bisweilen das Selbstbestimmungsrecht zur bedingungslosen Maxime verabsolutiert wurde, hinter der medizinische und menschliche Aspekte zurückzustehen hatten.

Eine solche Judikatur ignorierte die Tatsache, daß manchmal das Selbstbestimmungsrecht beeinträchtigt werden muß, dann nämlich, wenn eine umfassende Aufklärung dem Patienten einen Schaden zufügen würde, der gravierender wäre als die Beeinträchtigung seines Selbstbestimmungsrechts.¹⁾ Da, wo die schonungslose Mitteilung einer bösartigen Erkrankung, einer infausten Prognose, den Patienten in Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit stürzt, läuft die Aufklärungspflicht - in der von der Rechtsprechung zeitweise postulierten Vorbehaltlosigkeit - dem Berufsverständnis des Arztes zuwider.²⁾

So kann man nur mit Beklemmung eine Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahre 1940³⁾ lesen, in der es heißt, daß "der Arzt sich vor jedem Eingriff der klaren, auf zutreffenden Vorstellungen über Art und Folgen des Eingriffs beruhenden Einwilligung des Kranken versichern" müsse. "Soweit die mit ihrer Einholung verbundene Aufklärung die Herabdrückung seiner Stimmung

1) Eingehend dazu: Deutsch, E., Das therapeutische Privileg des Arztes: Nichtaufklärung zugunsten des Patienten, NJW 33 (1980) S. 1305 - 1309

2) Kuhlendahl, H., Die ärztliche Aufklärungspflicht oder der kalte Krieg zwischen Ärzten und Juristen, DÄ 75 (1978) S. 2004; Wachsmuth, W., Der Einbruch des Zeitgeistes in die Medizin, FAZ vom 22. März 1979

3) RGZ 163, 129

oder sogar seines Allgemeinbefindens zur Folge hat, handelt es sich um unvermeidbare Nachteile, die in Kauf genommen werden müssen."

Nach dieser Entscheidung sollte es überhaupt keine Ausnahme von der vollen Aufklärung geben dürfen. In geradezu fataler Weise werden Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und mögliche Depressionszustände des schonungslos aufgeklärten Patienten, der den Tod vor Augen sieht, einer "Herabdrückung der Stimmung" subsummiert. Frivol mutet die Umschreibung an, mit der die Beeinträchtigung des Heilerfolges durch die Erregung oder Verzweiflung des Patienten, sein Tod, der daraus resultieren kann, gar die im Zustand der Hoffnungslosigkeit begangene Selbsttötung, zur "Herabsetzung des Allgemeinbefindens" werden.

Wie folgens schwer die Auffassung der Rechtsprechung vom Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht für den Arzt sein kann, veranschaulichen zwei Beispiele aus den fünfziger Jahren: Der 4. Strafsenat des Bundesgerichtshofes hatte im Jahre 1957 folgenden Fall zu entscheiden:¹⁾

Ein Arzt hatte bei einer 46-jährigen Patientin eine doppeltfaustgroße Geschwulst an der Gebärmutter festgestellt. Er hatte ihr erklärt, daß er die Geschwulst entfernen wolle. Die Patientin hatte ihre Einwilligung dazu gegeben. Während der Operation ergab sich, daß die Geschwulst nicht auf der Oberfläche der Gebärmutter saß, sondern mit ihr fest verwachsen war, die Entfernung der Geschwulst mithin nur durch Ausräumung der gesamten Gebärmutter möglich war, was der Arzt auch tat. Er wurde wegen Körperverletzung angeklagt unter dem Vorwurf, die Einwilligung der Patientin habe sich nicht auf die Totaloperation erstreckt, die daher mangels Vorliegen einer ausreichenden Einwilligung rechtswidrig erfolgt sei. Das Landgericht sprach den Arzt frei, jedoch hob der Bundesgerichtshof das freisprechende Landgerichtsurteil auf mit der Begründung, der Arzt habe zwar mit der Totaloperation das medizinisch Richtige vorgenommen, aber er könne sich dadurch schuldig gemacht haben, daß

1) BGHSt 11, 111

er die Patientin nicht von vorneherein auf die Möglichkeit einer notwendigen Operationserweiterung hinwies und ihre Einwilligung dazu einholte. Wenn ihm diese Möglichkeit erkennbar gewesen sein sollte, so liege darin, daß er sie nicht bedacht und die Frau nicht auf sie hingewiesen habe, eine Fahrlässigkeit, die dazu berechtige, ihm die Operation als fahrlässige Körperverletzung zuzurechnen.

Einer Entscheidung des 4. Zivilsenats des Bundesgerichtshofes im Jahre 1959 lag folgender Fall zugrunde:¹⁾

Eine Frau, die an Gebärmutterkrebs litt, war in einer städtischen Klinik mit Röntgentiefbestrahlungen und Radiumeinlagen behandelt worden. Die Behandlung war erfolgreich, die lebensbedrohende Gefahr gebannt. Die Bestrahlung hatte jedoch zu einer Schädigung der Harnorgane geführt; infolgedessen wurde eine Operation nötig, und auch danach litt die Frau noch an Schmerzen und Infektionen der Harnorgane. Solche Nebenfolgen der Bestrahlung traten zu dieser Zeit in etwa fünf bis sechs von hundert Fällen auf. Die Frau klagte auf Schadensersatz. Sie war der Meinung, daß den Ärzten ein "Kunstfehler" unterlaufen sei. Obwohl festgestellt wurde, daß das nicht der Fall war, sondern die Behandlung "kunstgerecht" erfolgte, gaben die Gerichte der Klage statt, und der Bundesgerichtshof bestätigte die Verurteilung: Die Behandlung sei eine rechtswidrige Körperverletzung gewesen. Zwar sei die Frau mit der Bestrahlung einverstanden gewesen, aber die Ärzte hätten versäumt, sie auf die möglichen, schädlichen Nebenfolgen aufmerksam zu machen. Die Einwilligung der Frau sei darum nicht wirksam gewesen.²⁾

Diese und andere im Anschluß an die unnachgiebige Reichsgerichtsrechtsprechung ergangene Urteile des Bundesgerichtshofes stießen auf Unverständnis und erbitterte Ablehnung der Ärzte, für die nicht mehr 'salus aegroti suprema lex' sein sollte, sondern 'voluntas aegroti suprema lex'.³⁾

1) BGHZ 29, 176

2) Zum Problem der "kunstgerechten", aber eigenmächtigen Heilbehandlung siehe Kleinewefers, H., Zum Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient, VersR 14 (1963) S. 304.

3) Eine umfassende Übersicht über die Rechtsprechung gibt E. Schmidt in seinem Gutachten für den 44. Deutschen Juristentag (Verhandlungen des 44. DJT, 1962, Bd. I, 4. Teil, S. 47 ff., 93 ff.).

Die ablehnende Auffassung der Ärzteschaft gegenüber einer Überspannung der Aufklärungspflicht hat seit jeher zum Teil leidenschaftliche Unterstützung in der juristischen Literatur gefunden.¹⁾

Die vielseitige Kritik an der Praxis der Rechtsprechung blieb nicht ungehört. Der Bundesgerichtshof rückte etwas von der anfänglich überaus strengen und starren Judikatur ab, und die Gegensätze hatten sich zwischenzeitlich etwas entkrampft.²⁾

Die neueste Rechtsprechung steuert allerdings wieder härteren Kurs, und bis heute ließ sich kein Einverständnis im "kalten Krieg zwischen Juristen und Medizinern um die ärztliche Aufklärungspflicht" (E. Schmidt) erzielen. Sie gehört nach wie vor zu den umstrittensten Gebieten zwischen Arzt und Recht.³⁾

Es wäre wünschenswert, aus den Erkenntnissen der Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht und der dazu und zu dem Problemkreis überhaupt erwachsenen Literatur Anhaltspunkte und Orientierungshilfen zu erarbeiten für den Arzt, der sich juristisch absichern will, aber dieser - überaus verständlichen - Intention nicht medizinische und menschliche Belange opfern will.

Das wäre sicherlich ein dankenswertes und sinnvolles Thema einer eigenen Abhandlung.⁴⁾

-
- 1) Brüggemann, W., Widerrechtlichkeit des ärztlichen Eingriffs und Aufklärungspflicht des Arztes, NJW 30 (1977) S. 1473 - 1478
 - 2) Ein Wandel der Rechtsprechung kommt vor allem in dem vielbesprochenen Urteil des 4. Zivilsenats von 1962 zum Ausdruck, NJW 16 (1963) S. 393.
 - 3) Eindrucksvoll der Beitrag H. Kuhlendahls, Die ärztliche Aufklärungspflicht oder der kalte Krieg zwischen Juristen und Ärzten, DÄ 75 (1978) S. 1984 - 2007
 - 4) Einen Überblick über den derzeitigen Stand der höchstrichterlichen Rechtsprechung gibt Tempel, O., Inhalt, Grenzen und Durchführung der ärztlichen Aufklärungspflicht unter Zugrundelegung der höchstrichterlichen Rechtsprechung, NJW 33 (1980) S. 609 - 617.

2.2.1.2 Die Rüge mangelnder oder unterlassener Aufklärung als juristischer Trick

Den Konsequenzen, die sich bisher aus dem sehr strengen Verständnis der Rechtsprechung von der ärztlichen Aufklärungspflicht für den Arzt ergeben konnten, hat sich ein neuer Aspekt hinzugesellt: In neuerer Zeit tritt neben den zunächst weit im Vordergrund stehenden "Kunstfehler"-Vorwurf (über dessen Problematik im folgenden eingehend zu sprechen sein wird), immer häufiger die Geltendmachung einer unvollständigen oder gar unterlassenen Aufklärung. Denn: Hat der Patient grundsätzlich das Vorliegen eines "Kunstfehlers" zu beweisen, so muß umgekehrt der Arzt die Einwilligung des Patienten bzw. deren Rechtsgültigkeit und damit die hinreichende Aufklärung beweisen, will er den Prozeß nicht verlieren.

Wo es also einem mit dem Behandlungsergebnis nicht zufriedenen Patienten aussichtslos erscheint, die Kausalität zwischen ärztlichem Tun und schlechtem Resultat sowie die persönliche Schuld des Arztes zu beweisen, flüchtet er sich in die Behauptung, er sei nicht richtig aufgeklärt worden.

In solchem Zusammenhang fällt es schwer, zu glauben, daß dieser Vorwurf deshalb erhoben wird, weil sich der Patient nicht rechtzeitig und genügend in den Entscheidungsprozeß für die bevorstehende Therapie einbezogen und deshalb in seiner Willensfreiheit verletzt fühlt. Vielmehr wird auf diese Weise eine Rechtsprechungspraxis, die in ihrer (auch heute noch zu weit gespannten) Extensität das Persönlichkeitsrecht und das daraus fließende Selbstbestimmungsrecht des Patienten schützen will, zum unheiligen Instrumentarium des unzufriedenen Patienten, der eine "Kunstfehler"-Klage nicht führen kann, aber auf dem Umweg über die Rüge ei-

ner Aufklärungspflichtverletzung sein Ziel erreicht.¹⁾ Die Maßstäbe, die die Rechtsprechung an die ärztliche Aufklärungspflicht legt, werden der medizinischen Wirklichkeit nicht gerecht, verleiten zum Mißbrauch und decken sich in ihrer Strenge auch gar nicht mit den Erwartungen der Patienten.²⁾

Dem Arzt muß in solcher Situation klar sein, wie sehr es auch in seinem eigenen Interesse liegt, der Aufklärungspflicht erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen, wenn nicht über der rechtfertigenden Einwilligung das Damoklesschwert der latenten Ungültigkeit schweben soll.

2.2.2 Beachtung der "leges artis"

Liegen nun alle Wirksamkeitsvoraussetzungen für eine rechtsgültige Einwilligung vor, so ist der ärztliche Eingriff doch nicht schlechthin gerechtfertigt, sondern nur soweit, wie er "nach den Regeln der ärztlichen Kunst" indiziert ist und "lege artis", also "kunstgerecht" durchgeführt wird.³⁾ Ein nicht "kunstgerechter" Eingriff, ein "Kunstfehler", ist von der rechtfertigenden Einwilligung nicht gedeckt.

1) BGH NJW 31 (1978) S. 588: Es werde "mit Recht darauf hingewiesen, daß der Vorwurf versäumter Aufklärung über das Risiko eines Eingriffs oft von Patienten mißbräuchlich dann erhoben wird, wenn er nach einem Mißerfolg den Nachweis eines ärztlichen Behandlungsfehlers nicht hat führen können."

2) Interessant in diesem Zusammenhang die Untersuchungen W. Münstermanns über die Erwartungshaltung der Patienten bezüglich der ärztlichen Aufklärung; Münstermann, W., Informationsbedürfnis des Kranken - Untersuchung zur Erwartungshaltung stationärer Patienten, Inaugural-Dissertation, Münster 1976

3) Der "kunstgerechte" Eingriff ist dann aber auch in dem Fall gerechtfertigt, daß er mißlingt. Denn Gegenstand der Einwilligung ist nicht der erfolgreiche Eingriff, - das Resultat der Operation steht nicht in der Hand des Arztes -, sondern der sachgemäße. BGH VersR 10 (1959) S. 760; 11 (1960) S. 19; 12 (1961) S. 448

Der Arzt, der durch einen "Kunstfehler" den Rechtfertigungsgrund der Einwilligung verliert, müßte - in konsequenter Fortführung des Standpunktes der Rechtsprechung - wegen vorsätzlicher Körperverletzung, eventuell gar mit Todesfolge, strafbar sein.

Diese Konsequenz indes läßt die Praxis der Judikatur vermissen. Sie geht vielmehr davon aus, daß "kunstfehlerhaftes" Verhalten des Arztes zum Vorwurf der Fahrlässigkeit führt.¹⁾

Der ärztliche Eingriff bleibt also unter oben genannten Voraussetzungen zwar tatbestandsmäßig eine Körperverletzung, aber eine rechtmäßige, weil gerechtfertigte.

3. Der "Kunstfehler" - Vorwurf

Ärztliches Handeln zielt immer auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes. Dabei ist dem ärztlichen Wirken, sei es zielgerechtes Handeln oder bewußtes Unterlassen, Diagnostik oder Therapie, immanent, daß es bisweilen in die Integrität des menschlichen Organismus eingreifen muß. Obwohl ärztliches Handeln immer eine positive Veränderung anstrebt, kann dieses Ziel oft nicht ohne gleichzeitige, vorübergehende oder dauernde, negative Veränderungen erreicht werden.

Diese zwangsläufige Verknüpfung verlangt vom Arzt sorgfältige Abwägung positiver und negativer Effekte.

Die bewußte Inkaufnahme negativer Veränderungen ist eine unvermeidbare, tragische Komponente ärztlichen

1) Dogmatisch könnte man diesen Weg damit begründen, daß der Irrtum des "kunstfehlerhaft" handelnden Arztes, sich im Rahmen der ihm erteilten Einwilligung zu bewegen, ein seinen Vorsatz ausschließender, aber Fahrlässigkeit begründender Irrtum sei. Angedeutet wird dieser Weg in BGHSt 12, 379; OLG Hamburg NJW 28 (1975) S. 603.

Wirkens. Häufig wird eine objektiv positive Veränderung oder deren Überwiegen gegenüber einem unvermeidbaren negativen Effekt vom Patienten subjektiv nicht erkannt oder bestritten. Leider ist manche Krankheit trotz allen ärztlichen Bemühens einer Therapie überhaupt nicht zugänglich. In solchen Fällen verklagt zu werden, gehört für den betroffenen Arzt mit zu den frustrierendsten Vorfällen in seinem beruflichen Leben.

Ein negatives Behandlungsergebnis allein kann niemals einen Vorwurf gegen den Arzt begründen. Dazu bedarf es weiterer, wesentlicher Voraussetzungen.

Ohne daß die Voraussetzungen von einzig kompetenter Seite, vom Gericht, festgestellt sind, wird oftmals vorschnell und leichtfertig vom "Kunstfehler" gesprochen. Der Illustrierten-Schreiber kann sich des Sensationseffektes dieses Schlagwortes sicher sein; jedem ist dieser Begriff anscheinend geläufig.

Versucht man jedoch, näheres über die Vorstellungen des Einzelnen vom "Kunstfehler" zu erfahren, so stößt man in ein mystisches Dunkel.

3.1 "Kunstfehler", "leges artis": Begriffe ohne verbindliche Definition

Albert Krecke¹⁾ hat einmal recht anschaulich beschrieben, wie nebulös und wenig greifbar die Vorstellungen vom "Kunstfehler" in der Öffentlichkeit sind:

"Aber im Publikum, das mit den Einzelheiten nicht vertraut ist, raunt man sich mit eigentümlichem Gesichtsausdruck zu: Da ist etwas passiert." Was ist denn da passiert? Was hat es mit dem "Kunstfehler" auf sich? Welcher Sachverhalt soll mit dieser etwas geheimnisvoll anmutenden Umschreibung dargestellt werden?

1) Krecke, A., Vom Arzt und seinen Kranken, Urban & Schwarzenberg Berlin-München 1947, S. 152

Das scheint selbst unter Medizinern und Juristen nicht einheitlich und klar zu sein. Nach einem Blick in die zahllosen Abhandlungen, die der "Kunstfehler"-Thematik gewidmet sind, zeigt sich, daß es eine von allen Autoren, Ärzten wie Juristen, gemeinsam anerkannte, verbindliche Definition des "Kunstfehlers" nicht gibt. Eine Vielzahl von Auslegungen dieses auch im Gesetz nicht definierten Begriffes läßt sich zurückführen auf den, soweit ersichtlich, ältesten Versuch einer Begriffsbestimmung aus dem 19. Jahrhundert und zwar von Rudolf Virchow, der als "Kunstfehler" konstatierte: "einen Verstoß gegen die allgemein anerkannten Regeln der Heilkunst infolge eines Mangels an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht".¹⁾

Die Auffassungen schwanken dabei zwischen der Annahme, daß jedes medizinisch fehlerhafte Vorgehen als lediglich abstrakte Benennung "Kunstfehler" sei, bis zu der Auffassung, daß in dem Kunstfehlerbegriff (ein Fehler wird konstatiert!) auch ein Verschulden beinhaltet sei.²⁾

Manche wehren sich gegen den Begriff "Kunstfehler" überhaupt, weil er gar nicht passe und irreführend sei. Er erwecke die falsche Vorstellung, daß ärztliches Wissen sozusagen festgeschrieben werden könne, bzw. ärztliches Handeln unveränderlichen Regeln unterworfen sei.³⁾

1) Virchow, R., Kunstfehler der Ärzte, Ges. Abhandlungen aus dem Gebiet der öffentl. Medizin, 1879, II, S. 514 (zitiert nach Holzabek, W.)

2) Kritisch dazu: Holzabek, W., Der ärztliche Kunstfehler, Wiener Medizinische Wochenschrift 116 (1962) S. 50

3) Wachsmuth, W., Zur Begriffsbestimmung und Problematik des sogenannten "Kunstfehlers", KHA 48 (1975) S. 422; Dotzauer, G., Warum ist der Begriff "Kunstfehler" irreführend?, DÄ 73 (1976) S. 3025; Arbeitskreis Ärzte und Juristen, Stellungnahme zum Thema ärztliche Kunstregeln und "ärztlicher Kunstfehler", Der medizinische Sachverständige 72 (1976) Nr. 4 S. 82; Loewe, W., Der ärztliche Kunstfehler in strafrechtlicher Sicht, Deutsche Medizinische Wochenschrift 86 (1961) S. 1188

Die Rechtsprechung spricht von "Behandlungsfehler".¹⁾
Andere halten die Beibehaltung des "Kunstfehlers" als terminus technicus für nötig.²⁾

Die Liste variierender Meinungen ließe sich fortsetzen.

Es erscheint indessen müßig, sich mit den zahllosen, differierenden Auffassungen auseinanderzusetzen, denn zutreffend ist, daß die Wortschöpfungen "Kunstfehler", "ärztliche Kunstregel", "lex artis" unbrauchbar sind. Sie sind - weil infolge der ständigen Entwicklung der Medizin nicht festschreibbar - nirgends verbindlich kodifiziert, aufgrund der Verschiedenartigkeit der Anschauungen sehr unterschiedlich definiert, eben deshalb angreifbar und für eine exakte Verständigung untauglich. Wenige Worte werden gleichwohl so ausdauernd mißbraucht, entbehren so sehr eines allgemein anerkannten Sinngehaltes und sind daher als Leerformel so vorzüglich zum Auffüllen mit einer gerade genehmen Bedeutung zu verwenden wie diese.

3.2 Rechtliche Kriterien der Wertung ärztlicher Fehlleistung

Für die rechtliche Wertung ärztlichen Wirkens sind rechtliche Kriterien heranzuziehen. Da, wie gesagt, unser Gesetz einen "Kunstfehler"-Tatbestand nicht kennt, kann die strafrechtliche Beurteilung einer ärztlichen Fehlleistung nur unter dem Gesichtspunkt einer fahrlässigen Körperverletzung, § 230 StGB, oder einer fahrlässigen Tötung, § 222 StGB, erfolgen.³⁾

1) BGH NJW 25 (1972) S. 2223

2) Pribilla, O., Der ärztliche Kunstfehler und seine forensisch-medizinische Problematik, DÄ 71 (1974) S. 3078

3) Die dafür auch oft herangezogene 'Unterlassene Hilfeleistung', § 330 c StGB, paßt, wie noch zu zeigen sein wird, nicht in diesen Zusammenhang.

Danach muß eine vorwerfbare Fehlleistung des Arztes festgestellt werden, die dafür ursächlich ist, daß tatsächlich erzielbare positive Veränderungen nur zum Teil oder gar nicht erzielt wurden, oder vermeidbare negative Veränderungen - im Extremfall der Tod - eintraten.

3.2.1 Fahrlässigkeit

Vorwerfbar ist das Verhalten des Arztes, wenn er fahrlässig gehandelt hat (Vorsatz kann hier außer Betracht bleiben). Fahrlässig im Sinne des Strafrechts handelt, wer die Sorgfalt, zu der er nach den speziellen Umständen und seinen persönlichen Verhältnissen und Kenntnissen verpflichtet und imstande ist, außer acht läßt und infolgedessen den Erfolg¹⁾ seines Verhaltens, den er bei pflichtgemäßer Sorgfalt hätte vorhersehen können, nicht erkennt (unbewußte Fahrlässigkeit), oder diesen zwar erkennt und für möglich hält, aber pflichtwidrig darauf vertraut, daß er nicht eintreten werde (bewußte Fahrlässigkeit).²⁾

Die Elemente der Fahrlässigkeit sind danach

- Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht und
- Vorhersehbarkeit der Tatbestandsverwirklichung.³⁾

1) "Erfolg" im strafrechtlichen Sinne ist der tatbestandsmäßige Erfolg, also hier die Körperverletzung oder der Tod - d.h. gerade das, was, medizinisch gesehen, den Mißerfolg der Behandlung ausmacht.

2) Cramer, P. in: Schönke/Schröder a.a.O. § 15, Anm. 201

3) BGHSt 10, 369; 12, 75

3.2.2 Sorgfaltspflichtverletzung

3.2.2.1 Inhalte ärztlicher Sorgfalt

Worin aber besteht nun im konkreten Fall die ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung? Was sind die Inhalte der Sorgfalt, zu der den Arzt der Grundsatz des "nil nocere" verpflichtet?

Hier zeigt sich die Insuffizienz der "Kunstregel"- und "Kunstfehler"-Begriffe.

Zwar gibt es durchaus einen "medizinischen Standard"¹⁾ oder "anerkannte Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft"²⁾ oder "generell geübte und nicht im Streit befindliche Erkenntnisformen und Behandlungsschritte"³⁾.

Gleichwohl können das jedoch immer nur Momentaufnahmen sein; ihr Inhalt kann sich sehr schnell mit dem Wissensstand ändern; die Indikation von heute kann morgen eine Kontraindikation sein.⁴⁾ Fast immer steht bei der rechtlichen Beurteilung ärztlichen Handelns nicht ein einzelner Behandlungsschritt, eine einzelne unterlassene Maßnahme, sondern die gesamte Behandlung, das ärztliche Gesamtverhalten zur Debatte.

Der größere Bereich ärztlichen Handelns kennt aber keine "Behandlungsvorschrift", keine "allgemein anerkannten Grundsätze", bis auf eben den, sorgfältig zu handeln.

1) Schewe, G. und W. Jansen, Ärztlicher Kunstfehler-zivilrechtliche Probleme, Beiträge zur gerichtlichen Medizin 37 (1979) S. 95

2) BGHZ 8, 138

3) Deutsch, E., Medizinische Fahrlässigkeiten, NJW 29 (1976) S. 2291

4) Kriele, M., "Stand der medizinischen Wissenschaft" als Rechtsbegriff, NJW 29 (1976) S. 355;
Isele, H.G., Grundsätzliches zur Haftpflicht des Arztes, in: Mergen, A. a.a.O. Bd. III, S. 13;
Liebhardt, E., Kunstfehler und Aufklärungspflicht, Lebensversicherungsmedizin 30 (1978) S. 114

Der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ist dadurch gekennzeichnet, daß er kontrovers ist. Da, wo es sie gibt, die "allgemein anerkannten Grundsätze", verpflichten sie nicht unbedingt; es besteht Methodenfreiheit.¹⁾ Wenn es der in gewissenhafter Anstrengung gewonnenen Überzeugung des Arztes entspricht, ist er im Ausnahmefall berechtigt, vielleicht sogar verpflichtet, von der Regel abzuweichen.²⁾

Der Verstoß gegen einen Grundsatz - in der täglichen Praxis sicher nicht selten - kann folgenlos und damit irrelevant sein. Trotz Beachtung des Grundsatzes kann eine ärztliche Maßnahme sorgfaltswidrig sein.³⁾ Schließlich sind Verstöße gegen die Sorgfaltspflicht möglich, die mit Grundsätzen ärztlicher Wissenschaft nichts zu tun haben.⁴⁾

So müssen denn Versuche, objektive und allgemeinverbindliche Regeln und Maßstäbe aufzustellen, Sandkastenspiele bleiben, die der medizinischen Praxis unrealistische Denkkonstruktionen gegenüberstellen, deren Anwendbarkeit an der konkreten Wirklichkeit des nächsten Falles scheitert, weil maßgebliche Einzelheiten eben anders liegen.

Es geht also entscheidend darum, festzustellen, worin sich im jeweiligen Einzelfall die Sorgfaltspflicht des Arztes konkretisiert, und ob er ihr genügt hat oder gegen sie verstoßen hat. Und das ist jeweils nur konkret unter Berücksichtigung der Umstände des speziellen Falles feststellbar. Selbst die umfangreichste Kasuistik müßte unvollständig bleiben, weil letztlich kein Fall wie der andere ist.

1) RGSt 64, 263; 67, 12

2) Bockelmann, P. a.a.O. S. 41

3) RG JW 1935, S. 115; BGHZ 8, 138; BGH VersR 6 (1955) S. 721; 7 (1956) S. 224; 7 (1956) S. 714

4) Deutsch, E., Typen des Arztverschuldens, VersR 28 (1977) S. 101

Gegen die hier vertretene Auffassung könnte eingewendet werden, daß damit das Problem, nämlich das Fehlen eines objektiven Maßstabes, auch nicht gelöst werde. Wo sich aber Sachverhalte aufgrund der Unwägbarkeit ihrer Eigengesetzlichkeiten nicht objektivieren lassen, wie es bei Krankheitsverläufen nun einmal der Fall ist, da kann man solche Maßstäbe, so wünschenswert sie auch wären, nicht herbeidiskutieren oder definieren.

Die Heranziehung der abstrakten, vieldeutigen und darum unklaren "Kunstfehler"- und "Kunstregel"-Begriffe ist dafür jedenfalls weder notwendig noch hinreichend; sie dienen eher der Vernebelung denn der Klärung der Frage einer konkreten ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung. Wenn eine solche feststellbar ist, so ist es müßig zu fragen, ob es dazu nun wegen Nichtbeachtung oder trotz Beachtung einer "Kunstregel" kam.

3.2.2.2 Ausmaß ärztlicher Sorgfalt

Was das Ausmaß der Sorgfalt anlangt, so wird im Strafrecht auf die subjektiv mögliche Sorgfalt abgestellt, anders als im Zivilrecht, wo die objektiv erforderliche Sorgfalt zugrunde gelegt wird.

Die übliche Sorgfalt kann unter der subjektiv möglichen liegen. Übliche Gewohnheiten und Nachlässigkeiten, "ein eingerissener Schlendrian"¹⁾ verkürzen die Sorgfaltspflicht nicht.²⁾

Um die ihm subjektiv mögliche Sorgfalt walten lassen zu können, ist der Arzt gehalten, sich laufend im Wege der Fortbildung über die Fortschritte auf dem

1) Bockelmann, P. a.a.O. S. 42

2) BGHZ 8, 138

Gebiet der Heilkunde zu unterrichten. Dabei ist diese Fortbildungspflicht nicht nur eine Standesobliegenheit, sondern eine Rechtspflicht.¹⁾

Der Arzt hat rechtlich dafür einzustehen, wenn ihm gesicherte Erkenntnisse der medizinischen Forschung und Wissenschaft fahrlässig unbekannt sind und dies zu einem Schaden beim Patienten geführt hat.

Daß dabei auf den Zeitpunkt der Behandlung abzustellen ist, d.h., eine ex ante-Beurteilung zu erfolgen hat, ist selbstverständlich.²⁾

Erkenntnisse, die nachträglich, ex post, gewonnen werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden, es sei denn, sie wirken zugunsten des Arztes.³⁾

Jedenfalls kann schon in der Übernahme der Behandlung eine Sorgfaltspflichtverletzung liegen ('Übernahmeverschulden'), wenn es dem Arzt an den zur Feststellung und Behandlung der Krankheit erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnissen fehlt, es sei denn, er hat sich nur deshalb an die Behandlung gewagt, weil der Kranke sonst ohne jede Hilfe geblieben wäre.⁴⁾

Weiterhin gilt, daß das Maß der aufzubringenden Sorgfalt mit dem Grad der Gefährlichkeit eines Eingriffs steigt,⁵⁾ ebenso wie es sich nach der Größe der vom Patienten abzuwendenden Gefahr bestimmt.⁶⁾

1) § 7 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte; das Ausmaß und die Art der Fortbildungspflicht sind allerdings nicht festgelegt und werden dadurch im Einzelfall strittig.

2) BGH NJW 14 (1961) S. 600

3) BGH NJW 15 (1962) S. 1781

4) RGSt 67, 18

5) BGH VersR 17 (1966) S. 144

6) BGH NJW 27 (1974) S. 1425

Die Rechtsprechung hat bei allen Anforderungen an die ärztliche Sorgfaltspflicht aber auch nie verkannt, daß der Arzt auch nur ein Mensch ist, dessen Leistungsfähigkeit Grenzen kennt und Schwankungen unterworfen ist. Das kommt in dem berühmten Satz des Reichsgerichts zum Ausdruck, daß auch der geschickteste Arzt nicht mit der Sicherheit einer Maschine arbeiten und daß ihm trotz aller Fähigkeiten und Sorgfalt einmal ein Schnitt oder Stich mißlingen könne, der regelmäßig auch dem betreffenden Arzt selbst gelänge.¹⁾

3.2.3 Kausalität

Wenn im konkreten Fall eine Sorgfaltspflichtverletzung des Arztes festgestellt werden kann, so ist sie, wie bereits erwähnt, nur dann rechtlich relevant, wenn sie negative Folgen hat.

Diese können darin bestehen, daß objektiv erzielbare positive Veränderungen nur zum Teil oder gar nicht erzielt, oder objektiv vermeidbare negative

1) RGZ 78, 432; es wirkt sich nicht auf die praktische Bedeutung dieses dankenswerten Erkenntnisses der Rechtsprechung aus, wenn man, wie es wohl richtiger ist, den mißlungenen Schnitt oder Stich zwar als Sorgfaltspflichtverletzung wertet, die aber in diesem Zusammenhang dem Arzt nicht zum Schuldvorwurf gereicht, eben weil es wegen der Grenzen und Schwankungsbreite menschlicher Leistungsfähigkeit trotz allen Bemühens - beispielsweise infolge Ermüdung oder Überarbeitung - einmal zu einer Verletzung der möglichen und im allgemeinen auch aufgebrachten Sorgfalt kommen kann. Cramer, P. in: Schönke/Schröder a.a.O. § 15 Anm. 195

Veränderungen - im Extremfall der Tod - herbeigeführt werden.¹⁾

Der Kausalitätsnexus zwischen Sorgfaltspflichtverletzung und negativen Folgen beurteilt sich im Strafrecht nach der dort herrschenden Bedingungs-
theorie. Danach ist jede Handlung, jede Bedingung
kausal, die eine "conditio sine qua non" darstellt,
d.h., die nicht hinweggedacht werden kann, ohne daß
der Erfolg entfielen. Dabei wertet die Theorie alle
Bedingungen gleich (daher auch Äquivalenztheorie ge-
nannt),²⁾ egal, wie weit z.B. eine Bedingung zeit-
lich zurückliegt, oder

- ob es sich um eine ganz untergeordnete Bedingung
handelt, oder

- ob die Kausalkette ganz außergewöhnlich abläuft, oder

- ob der gleiche Erfolg später infolge anderer Bedin-
gungen eingetreten wäre, auch wenn diese Bedingungen
schon vor der auslösenden Bedingung vorgelegen haben,
z.B. zum Tod führende ärztliche Fehlbehandlung, auch
wenn der schwerkranke Patient ohnehin bald gestorben
wäre,³⁾ oder drastischer: das Opfer, dem jemand bereits
Gift beigebracht hat, stirbt, noch bevor das Gift zum
Tode führt, an einem Dolchstich.

1) Dazu zählt auch, wenn durch fahrlässiges Verhalten
eine Verschlimmerung einer Krankheit nicht verhin-
dert wird oder durch Fahrlässigkeit eine Krankheit
zwar nicht hervorgerufen, aber gesteigert wird.
Sowohl im Schrifttum wie auch in der Rechtsprechung
geht man also davon aus, daß das Vorhandensein einer
Krankheit die Möglichkeit nicht ausschließt, durch
deren Intensivierung oder Perpetuierung den Tatbe-
stand des § 230 StGB zu erfüllen. Auch die Steige-
rung, Verlängerung bzw. Nicht-Minderung oder-Aus-
schaltung von Schmerzen, obwohl es möglich wäre,
kann eine Körperverletzung darstellen; RGSt 75, 167;
19, 226; BGH NJW 13 (1960) S. 2253; Kreuzer, A.,
Ärztliche Hilfeleistungspflicht in der Sicht des
Strafrechts, in: Mergen, A. a.a.O. Bd. II S. 218.

2) Im Zivilrecht wird die Äquivalenztheorie vertreten,
die solche Folgen einer Handlung als verursacht an-
sieht, mit deren Eintritt nach allgemein menschlicher
Lebenserfahrung gerechnet werden kann.

3) RGSt 50, 43

Maßgeblich für die Kausalität einer Handlung ist allein, daß diese in dem Erfolg in seiner konkreten Form wirksam geworden ist.

Bestand das in Frage stehende Verhalten nicht in einem Tun, sondern in einem Unterlassen, so ist - entsprechend der Äquivalenztheorie - darauf abzustellen, ob die unterlassene Handlung nicht hinzuge-dacht werden kann, ohne daß der Erfolg entfielen, d.h., zu prüfen ist ein hypothetischer Kausalverlauf.¹⁾

Unterließ der Arzt eine gebotene Maßnahme, so ist also zu fragen, ob deren Vornahme den Eintritt der Gesundheitseinbuße oder des Todes verhindert hätte.

Die Kausalitätslehre des Strafrechts erfaßt alle Folgen eines Verhaltens. Es sind jedoch einschränkende Korrekturen notwendig:

- Fahrlässigkeit wird nur angenommen, wenn die Tatbestandsverwirklichung für den Täter voraussehbar war. Diese Voraussehbarkeit ist dann gegeben, wenn der Erfolg nach allgemeiner Lebenserfahrung zumindest als mögliche Folge der Sorgfaltspflichtverletzung erwartet werden konnte.

- Bei Fahrlässigkeitstaten erfährt die strenge Kausalitätslehre eine weitere Einschränkung; da die fahrlässigen Erfolgsdelikte verlangen, daß der Erfolg durch Fahrlässigkeit verursacht wird, genügt es nicht, daß das gesamte Verhalten Voraussetzung für den Erfolg ist; der Erfolg muß vielmehr gerade auf demjenigen Teil der Handlung beruhen, der dem Täter als

1) Da ein Unterlassen - streng naturwissenschaftlich gesehen - keine Ursache für einen Erfolg sein kann, besteht bei Unterlassungsdelikten der Vorwurf darin, daß in eine laufende Kausalkette nicht durch Setzen einer hindernden Bedingung eingegriffen wurde. Der Kausalbegriff wird hier zum Rechtsbegriff.

Pflichtwidrigkeit zum Vorwurf gemacht werden kann.¹⁾
Wenn daher der Erfolg auch bei pflichtgemäßem Verhalten eingetreten wäre, so ist er nicht 'schuldhaft' verursacht.²⁾

4. Unterlassene Hilfeleistung

Häufig liest man im Zusammenhang mit Arztprozessen die Überschrift: Arzt wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt (oder verurteilt). Oft stellt sich aber heraus, daß nicht eine unterlassene Hilfeleistung im Sinne des § 330 c StGB Gegenstand des Prozesses war, sondern ein Behandlungsfehler, eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung in Form z.B. einer notwendigen, aber sorgfaltswidrig unterlassenen Operation, somit eine fahrlässige Körperverletzung, § 230 StGB, bzw. eine fahrlässige Tötung, § 222 StGB.

Den Unterschied der Straftatbestände macht folgender Fall deutlich:

In der Praxis des Gynäkologen Dr. X wird bei einer Frau eine Interruptio vorgenommen. Nach dem Eingriff wird die Frau nach Hause entlassen. Am Abend stellen sich starke Nachblutungen ein. Der Ehemann ruft bei Dr. X an. Dieser läßt sich ohne triftigen Grund verleugnen. Daraufhin ruft der Ehemann den in der Nachbarschaft wohnenden Arzt Dr. Y an, mit dem Hinweis, ärztliche Hilfe sei dringend geboten und kein anderer Arzt erreichbar. Auch Dr. Y kommt nicht, obwohl er frei hat und ihm der kurze Weg zumutbar wäre.

Beide Ärzte waren zur Hilfe verpflichtet, der eine, der bei der Frau den Eingriff vorgenommen hatte, kraft seiner Garantenstellung aus Behandlungsübernahme,

1) Lackner, K., StGB mit Erläuterungen, 12. Aufl.
C.H. Beck München 1978, § 15 III, 1, a, bb
2) BGHSt 11, 1

der andere aus dem allgemeinen Nothilfegebot. Jeder hätte das ihm den Umständen nach Mögliche tun müssen, um der Frau zu helfen.

Die strafrechtliche Beurteilung von X und Y ist indes-
dessen unterschiedlich. Y ist, unabhängig vom Ausgang,
nur strafbar wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß
§ 330 c StGB. Diese Vorschrift will allgemein eine
erste Hilfe bei Unglücksfällen und gemeiner Gefahr
strafrechtlich gewährleisten; sie ist keine Erfolgs-
abwendungspflicht, sondern allgemeine Hilfspflicht;
sie wendet sich nicht in erster Linie an den Arzt und
begründet keine Sonderpflichten für ihn.¹⁾
Eine Pflicht, entsprechend dieser Vorschrift zu helfen,
entsteht vielmehr auch für den Arzt im Einzelfall nur
unter denselben Voraussetzungen wie für jedermann.

X jedoch ist als Garant, je nach Ausgang, wegen Körper-
verletzung oder Tötung, begangen durch Unterlassen,
zu belangen. Er mußte damit rechnen, daß bei seiner
Patientin möglicherweise in der Folge des Eingriffs
Nachblutungen auftreten konnten. Ohne für eine Kran-
kenhauseinweisung oder anderweitige ärztliche Versor-
gung gesorgt zu haben, ließ er sich verleugnen, ris-
kierte damit, daß seine Patientin in der Not unver-
sorgt blieb und handelte somit zumindest fahrlässig.

Sollte der Zustand der Frau allerdings nicht besse-
rungsfähig, oder bei Tod dieser nicht vermeidbar
gewesen sein, entfällt also die Kausalität, oder
sollte sie nicht nachweisbar sein, so ist auch X
nur nach § 330 c StGB strafbar.

1) Weimar, W., Arzt - Patient - Krankenhaus, 2. Aufl.
dtv München 1976 S. 39

Die Strafe aus § 330 c StGB wird verhängt wegen des bloßen Unterlassens der Hilfeleistung, also auch wenn alles gut ausgeht oder Kausalität zwischen Unterlassen und Erfolg nicht vorliegt oder nicht beweisbar ist.

§ 330 c StGB ist kein Erfolgsdelikt, die Folge des Unterlassens für die Schuldfrage also gleichgültig.¹⁾

Erst in dem Falle, daß die Voraussetzungen der spezielleren Garantendelikte nicht vorliegen oder nicht beweisbar sind, greift § 330 c StGB als "Auffangtatbestand" ein. Der Jurist nennt das Subsidiarität.²⁾

Wichtig in diesem Zusammenhang ist weiterhin, daß die Straftat der unterlassenen Hilfeleistung nur vorsätzlich begangen werden kann, wenn auch bedingter Vorsatz, dolus eventualis genügt. Zum Vorsatz gehört dabei, daß sich der Täter des Vorliegens eines Unglücksfalles³⁾ bzw. der bestehenden Möglichkeit eines solchen und ebenso der Erforderlichkeit einer durch ihn, den Täter zu erbringenden Hilfeleistung bewußt ist.

Hat beispielsweise in unserem Fall der in der Nachbarschaft wohnende Arzt Dr. Y aufgrund fachlicher Mängel oder aus mangelnder Sorgfalt, also fahrlässig, das Vorliegen eines Unglücksfalles und die Erforder-

1) BGHSt 3, 67

2) BGHSt 13, 169

3) Ein Unglücksfall ist ein plötzliches Ereignis, das erhebliche Gefahr für Personen oder Sachen bringt oder zu bringen droht. Krankheiten, auch schwererer Art, stellen sich damit nicht ohne weiteres als Unglücksfall dar. Etwas anderes gilt jedoch, wenn eine ernstzunehmende Krankheit sich plötzlich verschlimmert. RGSt 75, 68; BGHSt 6, 152; OLG Hamm NJW 14 (1961) S. 1648

lichkeit einer durch ihn zu erbringenden Hilfeleistung verkannt, so scheidet eine Straftat nach § 330 c StGB wegen Fehlens des subjektiven Tatbestandes aus.

Der Garant Dr. X hingegen würde bei Fahrlässigkeit (und Vorliegen und Beweisbarkeit der übrigen Strafbarkeitsvoraussetzungen) wegen fahrlässiger Verwirklichung eines der o.g. Garantendelikte, je nach Ausgang, bestraft.¹⁾

5. Der medizinische Sachverständige im
 Strafprozeß

Zur Feststellung einer Straftat, insbesondere ihrer Kausalität für den verpönten Erfolg, gehört nach prozessualem Beweisrecht, daß der Richter subjektiv überzeugt ist.

Im allgemeinen bildet der Richter seine Überzeugung anhand der in seiner fachlichen Ausbildung erworbenen Kenntnisse, seiner Lebenserfahrung, letztlich seines gesunden Menschenverstandes.

Wo des Richters eigener Sachverstand und seine Fachkenntnisse zur Beurteilung eines speziellen Sachverhaltes jedoch nicht ausreichen, ist er prozeßrechtlich gehalten, einen Sachverständigen dieses Gebietes zu Rate zu ziehen.

1) Instrukтив zu dieser Thematik:
Kreuzer, A., Die unterlassene ärztliche Hilfeleistung in der Rechtsprechung, NJW 20 (1967)
S. 278 - 281.

Diesem Sachverständigen kommt in Ausübung seiner Aufgabe keine richterliche Position zu; vielmehr berät er den Richter, der unabhängig und eigenverantwortlich entscheiden muß. Der Richter ist auch nicht an das Gutachten des Sachverständigen gebunden. Das Gutachten muß so erstellt werden, daß sich der Richter eine eigene Meinung bilden kann.

Der Bundesgerichtshof charakterisiert die Stellung des Sachverständigen in einer Entscheidung¹⁾ folgendermaßen:

"Der Sachverständige ist ein Gehilfe des Richters. Er hat dem Gericht den Tatsachenstoff zu unterbreiten, der nur aufgrund besonders sachkundiger Beobachtungen gewonnen werden kann, und das wissenschaftliche Rüstzeug zu vermitteln, das die sachgemäße Auswertung ermöglicht. Der Sachverständige ist jedoch weder berufen noch in der Lage, dem Richter die Verantwortung für die Feststellungen abzunehmen, die dem Urteil zugrunde gelegt werden. Das gilt nicht nur von der Ermittlung des Sachverhaltes, von dem der Sachverständige in seinem Gutachten auszugehen hat - den Anknüpfungstatsachen -, sondern auch von seinen ärztlichen Beobachtungen und Folgerungen. Selbst diese hat der Richter, sogar in solchen Fällen, in denen es sich um besondere wissenschaftliche Fachfragen handelt, auf ihre Überzeugungskraft zu prüfen."

Gleichwohl ist nicht zu verkennen, daß der Sachverständige, auch wenn er keine richterlichen Funktionen ausübt, aufgrund seiner besonderen Sachkunde wesentlichen Einfluß auf die Entscheidung gewinnen kann.

Das schlägt sich in Urteilsbegründungen nieder:

'Nach überzeugendem Gutachten des Sachverständigen, dem sich das Gericht in vollem Umfange anschließt, steht fest.....' So oder sinngemäß ähnlich wird

1) BGHSt 7, 239; ganz ähnlich BGHSt 8, 118

nicht selten die Begründung eines Urteils oder eines wesentlichen Teils davon eingeleitet, das schließlich nicht viel anders lautet als das, was der Sachverständige zuvor in seinem Gutachten ausgeführt hat.

Das verleitet dazu, dem Gutachter in der öffentlichen Meinung wie auch in juristischen Fachkreisen ein Übermaß an Macht und Autorität zuzuordnen, das ihm nach dem Gesetz nicht zukommt.¹⁾

Die vorwurfsvolle Apostrophierung des medizinischen Sachverständigen als 'Richter in Weiß' dient sicher nicht der gehörigen Würdigung seines Beitrages zur Wahrheits- und Urteilsfindung. Wenn die richterliche Entscheidung in erheblicher Weise von den Ausführungen des Gutachters mitgeprägt ist, so deutet das nicht auf einen Kompetenzverlust des Richters hin, sondern folgt aus dem Mangel an Sachkunde des Richters, um dessentwegen er ja gerade der Hilfe des Sachverständigen bedarf. Diesem kommt aufgrunddessen ein hohes Maß an Verantwortung zu.

5.1 "Nach bestem Wissen und Gewissen"

Nach § 79, Abs. 2 der Strafprozeßordnung hat der Sachverständige sein Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten.

§ 12, Abs. 1 der Berufsordnung verpflichtet den Arzt, bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse

1) Schreiber, H.-L. und G. Müller-Dethard, Der medizinische Sachverständige im Strafprozeß, DÄ 74 (1977) S. 373

mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. "Diese Verpflichtung gilt auch und insbesondere für die Tätigkeit von Gutachtern in sog. "Kunstfehler"-Prozessen. Kommt der ärztliche Gutachter in einem solchen Prozeß nach sorgfältiger Überprüfung des zugrunde liegenden Sachverhaltes zu der Überzeugung, daß ein Fehlverhalten des betroffenen Arztes vorliegt, so ist er verpflichtet, diese seine ärztliche Überzeugung in dem Gutachten auch offen auszudrücken." ¹⁾

5.2 Die Kritik am Sachverständigen

Doch gerade in diesem Punkt sieht sich der ärztliche Gutachter herber Kritik von vielen Seiten ausgesetzt. Nicht selten wird seine Objektivität in Zweifel gezogen; hinter dem Schlagwort 'eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus' steht das offene Mißtrauen gegenüber seiner Unparteilichkeit. ²⁾

Der BGH hat in einem viel diskutierten Urteil vom 22. 7. 1974 ³⁾ erneut ⁴⁾ seinen kritischen Standpunkt gegenüber Sachverständigen dargelegt.

Danach darf der Richter "nicht übersehen, daß auch heute noch eine nicht geringe Zahl medizinischer Gutachter Schwierigkeiten hat, sich bei der Ausübung ihres Amtes von überholten und in diesem Zu-

-
- 1) Bekanntgabe der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer zu den Pflichten eines Gutachters in "Kunstfehler"-Prozessen, DA 73 (1976) S. 3285
 - 2) Häussermann, E., Sind Berufsordnungen nur "Krähen-Komments"?, DA 75 (1978) S. 2437
 - 3) BGH NJW 28 (1975) S. 1463/1464
 - 4) ähnlich schon im Urteil vom 10.11.1970, BGH NJW 24 (1971) S. 243.

sammenhang der Rechtsordnung widersprechenden Standesregeln freizumachen".¹⁾ Es sei damit zu rechnen, daß der medizinische Gutachter "bei seinen Wertungen, wenn auch unbewußt, doch noch dem hergebrachten Standesdenken verhaftet sei". Weiterhin spricht der BGH von "den Grundsätzen ärztlicher Kollegialität angepaßten Formulierungen".

Diesen höchstrichterlichen Hinweisen scheint das OLG Celle gefolgt zu sein in einem Fall, wo es die Gutachtermeinung für sein Urteil nicht gelten ließ mit der bemerkenswerten Begründung: "Als Spezialsenat für Arzthaftungssachen hat das Gericht die Erfahrung sammeln müssen, daß Mediziner die Fehler, die in ihrem Fachgebiet anzutreffen sind, in ihrem eigenen Schrifttum wesentlich offener und objektiver beschreiben, als in gutachterlichen Äußerungen, die sie im Haftungsprozeß gegen ihren Standesgenossen abgeben und in denen sie sich nicht selten von kollegialer Rücksichtnahme leiten lassen." (Az: 9 U 47/76).

Verständlich, daß solche Äußerungen auf empörte Zurückweisung aus der Ärzteschaft stoßen.

Andererseits kann nicht in Zweifel gezogen werden, daß es Fälle gibt, die Anlaß zu solcher Kritik bieten.

Juristischer und ärztlicher Standpunkt sind einander in vielfacher Hinsicht fremd. Sie anzunähern, sich gegenseitig die Unterschiede juristischen und ärztlich-naturwissenschaftlichen Denkens verständlicher zu machen, muß im interdisziplinären Dialog

1) Die Standesregel, die der Rechtsordnung zu widersprechen schien, ist in der Berufsordnung neuerdings geändert, um Mißverständnisse auszuräumen.

angestrebt werden. Die pauschale Verdächtigung unterschwelliger Standessolidarität von juristischer Seite und die empörte Zurückweisung solcher Unterstellungen durch die Ärzteschaft tragen jedenfalls nichts zur Entkräftung der Schwierigkeiten bei.

5.3 Der Ursachenzusammenhang und die erforderliche Sicherheit seines Nachweises

Wie wir weiter oben bereits gesehen haben, ist eine wesentliche Strafbarkeitsvoraussetzung, daß zwischen der Sorgfaltspflichtverletzung und eingetretenen negativen Folgen ein ursächlicher Zusammenhang besteht und dieser auch nachweisbar ist.

Nur selten, wenn überhaupt, wird diese Feststellung anhand von absolut wahren, unumstößlichen Fakten getroffen werden können, weil das dem Menschen letztlich verwehrt ist. Das Reichsgericht sagt dazu: ¹⁾

"Ein 'absolut sicheres' Wissen - demgegenüber das Vorliegen eines gegenteiligen Tatbestandes 'absolut ausgeschlossen' wäre - ist der menschlichen Erkenntnis bei ihrer Unvollkommenheit überhaupt verschlossen. Wollte man eine Sicherheit so hohen Grades verlangen, so wäre eine Rechtsprechung so gut wie unmöglich. Wie es allgemein im Verkehr ist, so muß auch der Richter sich mit einem so hohen Grade von Wahrscheinlichkeit begnügen, wie er bei möglichst erschöpfender und gewissenhafter Anwendung der vorhandenen Mittel der Erkenntnis entsteht. Ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit gilt als Wahrheit, und das Bewußtsein des Erkennenden von dem Vorliegen einer so ermittelten hohen Wahrscheinlichkeit als die Überzeugung von der Wahrheit."

Dieses Erkenntnis des Reichsgerichts gilt in besonderem Maße für die Beurteilung ärztlichen Handelns

1) RGSt 61, 202

und seiner Folgen. Ob eine vorgenommene ärztliche Maßnahme oder die Unterlassung einer solchen wirklich Ursache einer Gesundheitsschädigung, schlimmstenfalls des Todes, war, läßt sich kaum jemals mit völliger Sicherheit beantworten. Die Antwort kann immer nur ein hypothetisches Urteil über biologisches Geschehen sein, und solch ein Urteil muß aufgrund der Komplexität und Unwägbarkeit physiologischer Abläufe ein ungewisses sein. Es ist niemals ganz ausgeschlossen, daß ein Patient auch dann gestorben wäre oder sein Zustand sich verschlimmert bzw. nicht gebessert hätte, wenn der Arzt anders gehandelt hätte.

Somit kann die Kausalität oft nur mit einer mehr oder weniger hohen Wahrscheinlichkeit festgestellt werden.

Der für die Bildung der richterlichen Überzeugung erforderliche Grad der Wahrscheinlichkeit ist im Strafrecht die "an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit".¹⁾ Wenn dieser juristische Begriff in der Praxis - in Anlehnung an die Statistik - analog zu einer relativen Häufigkeit innerhalb der 3-Sigma-Grenze gebraucht wird, so ist dies keineswegs zwingend, sondern beruht auf Übereinkunft.²⁾ Sie erscheint sinnvoll, solange es um Sachverhalte mit harten Daten geht, die den Methoden der Statistik zugänglich sind.

Wenn sich aber die Individualität eines jeden Krankheitsverlaufes und seiner medizinischen Behandlung

1) RGSt 51, 127; 58, 131; 75, 50; 75, 324; 75, 372; BGH NJW 7 (1954) S. 1048

2) Wuermeling, H.-B., Juristisches und ärztlich-naturwissenschaftliches Denken, in: Ponsold, A. a.a.O. 3. Aufl. 1967, S. 622

statistischen Methoden verschließt, so kann der Gutachter nicht mit Prozentzahlen die Sicherheit seiner Feststellungen dartun, und er muß dem Richter die Wahrscheinlichkeit seiner Wahrnehmungen und Folgerungen in einer anderen Form mitteilen, die diesem erlaubt, sich ein Urteil darüber zu bilden.

Die Rechtsprechung sieht die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit als gegeben an, wenn jeder vernünftige Zweifel schweigt.

Ein ernsthafter Zweifel an der Kausalität kann nach dem Bundesgerichtshof schon dann eingreifen, wenn die bloß gedankliche Möglichkeit besteht, daß der gleiche Erfolg auch bei pflichtgemäßem Verhalten des Täters eingetreten wäre.¹⁾

Gerade das ist aber bei biologischen Geschehensabläufen durchaus der Fall. Dazu der rechtsmedizinische Gutachter: 'Zweifel bleiben, weil unerwartete Todesfälle zum Beispiel beim Zusammenwirken von Alkohol und Medikamenten, bei ungeklärten Narkosezwischenfällen, besonders auch nach Blutverlust infolge Mehrfachverletzungen und im Schock, bei Atemstörungen, deren Ursache man nicht kennt, sondern nur deuten kann, durch Komplikationen im Heilverlauf wie Thrombosen, Embolien, sekundäre Perforationen, Blutungen, Blutgerinnungsstörungen und anderes mehr nicht nur Theorie sind, sondern Wirklichkeit. Das sind nur einige der Gefahren, die einem Patienten auch bei bester Versorgung drohen.'

Die Frage nach der Verletzung ärztlicher Sorgfaltspflicht kann der Gutachter in manchen Fällen eindeutig bejahen. Bei der sich immer anschließenden

1) BGHSt 11, 1

Frage nach der Ursächlichkeit dieser ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung für die negativen Folgen steht der medizinische Sachverständige vor der Schwierigkeit, daß Zwischenfälle, die zwar sehr wahrscheinlich auf ärztliches Fehlverhalten hindeuten, aber eben infolge der Unberechenbarkeit des lebenden Organismus auch schicksalhaft eintreten und auch bei bester ärztlicher Versorgung nicht beherrschbar sein können.

Diese Tatsache vor Augen, wird ein Gutachter nicht oft eine gewissenhaft festgestellte ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung auch "nach bestem Wissen und Gewissen" als zweifelsfrei und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ursächlich für den konkreten Mißerfolg festlegen können, es sei denn, er besäße das Selbstvertrauen eines Julius Hackethal.¹⁾

Verbleiben in dieser Hinsicht also Zweifel, so wirken sie nach dem Grundsatz 'in dubio pro reo' zugunsten des Beschuldigten.²⁾

-
- 1) In einem unserer Fälle hatte sich der mit dem Ergebnis des Gutachtens unzufriedene Kläger an Hackethal gewandt. Der konnte vom Schreibtisch aus, lediglich gestützt auf die Darstellung des Klägers, eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit konstatieren, die unsere Gutachter auch nach eingehendem Studium der Ermittlungsakten nicht festzustellen vermochten: "Nach meiner Überzeugung kann man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit annehmen, daß der Tod Ihres Onkels auf einem schuldhaften Arztfehler (=Kunstfehler) beruht."
- 2) Cramer, P. in: Schönke/Schröder a.a.O. § 15 Anm. 170; BGHSt 11, 4

AUS DEM INSTITUT FÜR RECHTSMEDIZIN DER WEST-
FÄLISCHEN WILHELMS-UNIVERSITÄT MÜNSTER

Den bisherigen Betrachtungen zu unserer Thematik sollen nun die Ergebnisse, Erfahrungen und Aspekte an die Seite gestellt werden, die sich bei der Bearbeitung einschlägiger Fälle aus dem hiesigen Institut für Rechtsmedizin ergaben.

1. Die Entwicklung in den Jahren 1968 bis 1977

Das eingangs beschriebene, allgemeine Anwachsen der Ärzteprozesse kann auch im Einzugsbereich unseres Institutes verzeichnet werden.

In den Jahren 1968 bis 1977 nahm unser Institut in 142 Verfahren gegen Ärzte gutachterlich Stellung, wobei in 102 Fällen Leichenöffnungen angeordnet waren und in 40 Fällen ein rechtsmedizinisches Gutachten ohne vorausgegangene Sektion erstellt wurde.

Die Abbildung 1 veranschaulicht die Entwicklung in diesem Zeitraum.

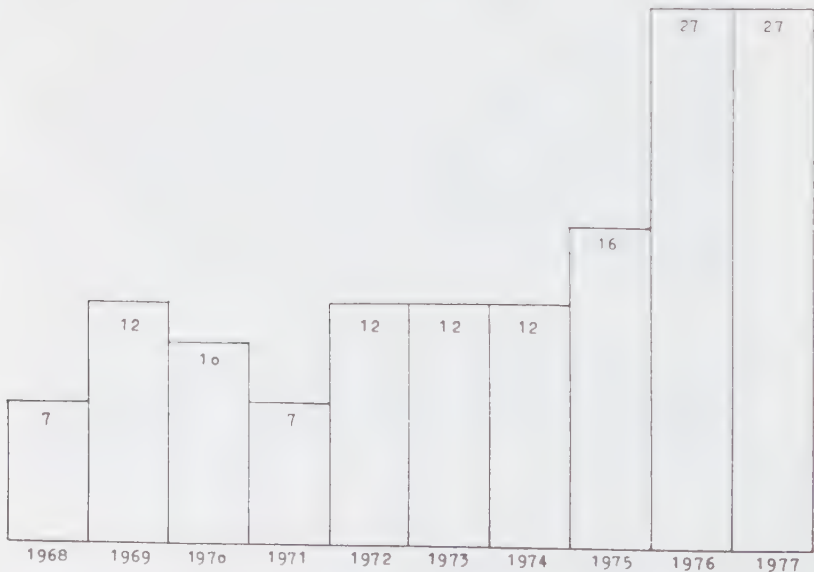


Abb. 1: Häufigkeit der Verfahren gegen Ärzte, mit denen das hiesige Institut für Rechtsmedizin in der Zeit von 1968 bis 1977 gutachterlich befaßt wurde

Die steigende Tendenz drückt sich nicht nur in dem Anwachsen der absoluten Zahlen der Verfahren gegen Ärzte aus, sondern auch im Anwachsen des relativen Anteils der Leichenöffnungen im Zusammenhang mit Arztverfahren an allen gerichtlichen Sektionen.¹⁾

Gerichtliche Sektionen insgesamt

305	385	294	320	355	298	313	290	337	345
3	8	7	7	9	9	8	10	21	20

Sektionen im Zusammenhang mit Arztverfahren

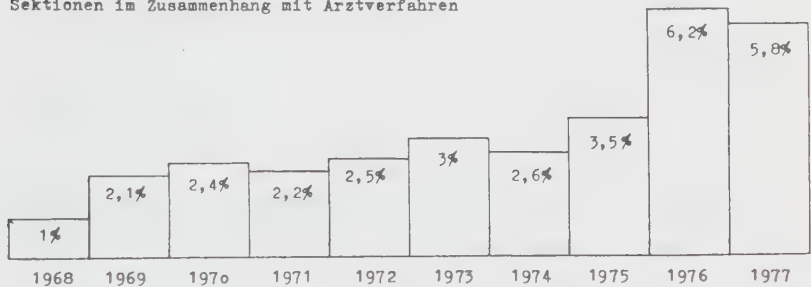


Abb. 2: Prozentualer Anteil der Sektionen, die im Zusammenhang mit Arztverfahren durchgeführt wurden, an allen gerichtlichen Sektionen in der Zeit von 1968 bis 1977

1) Der prozentuale Anteil der medizinischen Gutachten (ohne Sektion) in Arztverfahren an der Gesamtzahl medizinischer Gutachten (ohne Sektion) muß, da letztere nicht ermittelt wurde, außer Betracht bleiben, dürfte aber ähnlich liegen.

Die Entwicklung der Arztverfahren in den zahlenmäßig insoweit am stärksten vertretenen Landgerichtsbezirken Münster, Bielefeld und Osnabrück geht aus den Abbildungen 3, 4 und 5 hervor.

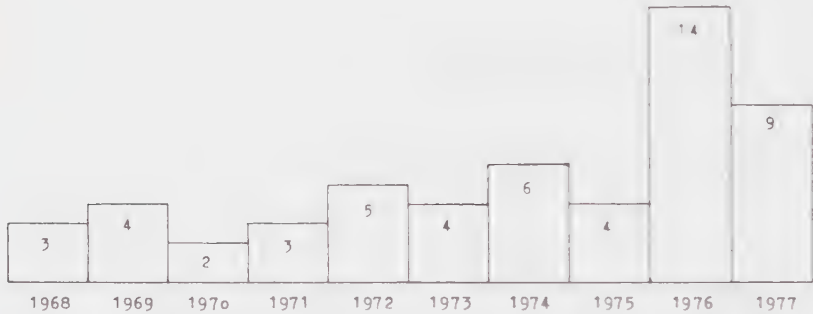


Abb. 3: Häufigkeit der (insgesamt 54) Verfahren gegen Ärzte im Landgerichtsbezirk Münster, mit denen das hiesige Institut für Rechtsmedizin in der Zeit von 1968 bis 1977 befaßt wurde

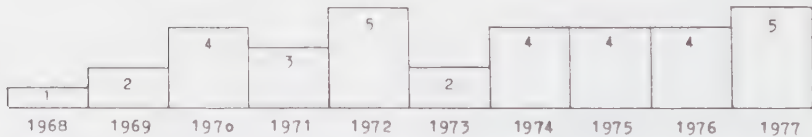


Abb. 4: Häufigkeit der (insgesamt 34) Verfahren gegen Ärzte im Landgerichtsbezirk Bielefeld, mit denen das hiesige Institut für Rechtsmedizin in der Zeit von 1968 bis 1977 befaßt wurde



Abb. 5: Häufigkeit der (insgesamt 18) Verfahren gegen Ärzte im Landgerichtsbezirk Osnabrück, mit denen das hiesige Institut für Rechtsmedizin in der Zeit von 1968 bis 1977 befaßt wurde

Die anderen Fälle verteilen sich auf die Land- bzw. Amtsgerichte in:

Paderborn	mit 11 Verfahren
Bochum	7
Dortmund	3
Essen	3
Detmold	3
Arnsberg	3
Lemgo	1
Warburg	1
Soest	1
Recklinghausen	1
Kleve	1
München	1

Die Steigerung im Laufe der Jahre wäre sicher noch krasser, wenn die unzureichende personelle Ausstattung des Institutes nicht dazu zwänge, Gutachteraufträge abzulehnen, um die übernommenen Aufgaben in angemessener Zeit mit der gebotenen Sorgfalt erfüllen zu können. Abgelehnt wurden vorwiegend solche Aufträge, in denen Leichenöffnungen nicht vorlagen oder die Patienten überlebt hatten.

Zusätzliche Gutachten aus klinischen Fachgebieten wurden in 23 Fällen (21,5 %) eingeholt. Viel häufiger waren sie in unseren Gutachten angeregt worden. Wenn dieser Anregung nicht gefolgt wurde, lag es wohl daran, daß die betreffenden Verfahren eingestellt wurden.

Das Anwachsen der Verfahren gegen Ärzte beruht sicher nicht ausschließlich auf einer Mehrung der Verstöße gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht, sondern ist multifaktoriell bedingt.

Je häufiger immer diffizilere und damit auch oft risikoreichere Eingriffe bei einer steigenden Zahl von Patienten vorgenommen werden, desto größer ist die Gefahr eines Zwischenfalles, einer Schädigung ohne ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung.

Heute werden bei Schwerstkranken - wenn kein anderer Weg bleibt - in deren Interesse früher nicht mögliche, oft sehr aufwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen getroffen; erkaufte werden muß der Fortschritt allerdings häufig mit erhöhten Risiken.¹

Die Gründe liegen auch nicht nur im medizinischen Bereich. Die fast alle Lebensbereiche betreffende Verrechtlichung hat auch vor der Patient-Arzt-Beziehung - im soziologischen Jargon heißt das heute: der Interaktion Arzt/Patient - nicht haltgemacht.

Die Klagebereitschaft der Patienten ist gestiegen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird, dank der von gewissen publizistischen Kreisen

1) Kohlhaas, M., Medizin und Recht, Urban & Schwarzenberg München-Berlin-Wien 1969, S. 75/76;
Spann, W., Der ärztliche Kunstfehler,
MMW 121 (1979) S. 558

mit Inbrunst betriebenen "Aufklärung" der Öffentlichkeit, mehr und mehr als eine Art romantischer Anachronismus empfunden. Es wandelt sich immer mehr um zu einer reinen Vertragsbeziehung mit daraus wachsenden Rechten und klagbaren Ansprüchen ¹⁾ (die Pflichten übernimmt ja die Krankenkasse).

Mit den Resten des Vertrauens, um die ihn die Presse noch nicht gebracht hat, verbindet der Patient den Glauben an eine omnipotente medizinische Technik mit scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten.²⁾ Immer weniger ist er bereit, Krankheit und Tod als schicksalhafte, oft unkorrigierbare biologische Ereignisse zu akzeptieren. "Der Arzt muß für die Operation die Garantie übernehmen", heißt es in den "Forderungen der Vereinigung medizinisch-chirurgisch Geschädigter Deutschlands".

"Medizinische Sensations-Berichte" schüren in unverantwortlicher Weise kritiklose Wissenschaftsgläubigkeit und übersteigerte Erwartungen der Patienten in die medizinischen Möglichkeiten.³⁾ Sie lassen jedes Versagen im diagnostischen und therapeutischen Bereich, jedes Ausbleiben eines Behandlungserfolges als Fehler erscheinen, der das Verschulden des behandelnden Arztes geradezu indiziert.

-
- 1) Kuhlendahl, H., Wenn Vertrauen durch Vertrag ersetzt wird, FAZ vom 9. Dez. 1978
 - 2) Uhlenbruck, W., Die Haftung des Arztes aus strafrechtlicher Sicht, KHA 48 (1975) S. 436
 - 3) Laufs, A., Die Entwicklung des Arztrechts im Jahre 1977/78, NJW 31 (1978) S. 1177

Damit ist der Weg zu einem gerichtlichen procedere gebahnt.

Das Ziel ist meist Schadensersatz; an einer strafrechtlichen Verurteilung des Arztes dürfte weniger Interesse bestehen.

Da aber dem Patienten (oder im Falle seines Todes den Hinterbliebenen) für das Bestehen eines Schadensersatzanspruches gegen den Arzt grundsätzlich die Beweislast obliegt, die Beweissituation indes oft sehr schwierig ist, erfolgt so manche Strafanzeige gegen einen Arzt, um so

- amtswegige Ermittlungen in Gang zu bringen,
- nach Beschlagnahme der Krankenpapiere und Aufzeichnungen des Arztes durch die Staatsanwaltschaft Einsicht in diese Unterlagen zu bekommen,
- auf Staatskosten ein Sachverständigengutachten erstellen zu lassen und
- die Erfolgsaussichten einer Schadensersatzklage prüfen zu können.¹⁾

1) Schulz, G., Der Arzt im Strafverfahren, Therapie der Gegenwart 115 (1976) S. 1411;
Spann, W., Der ärztliche Kunstfehler, MMW 121 (1979) S. 560

2. Gegen Ärzte welcher Fachrichtungen wurden
Verfahren eingeleitet?

In 107 der 142 Fälle konnte Akteneinsicht genommen werden. Diese Fälle unterteilt die folgende Tabelle nach Fachrichtung bzw. Funktion der betroffenen Ärzte:

Krankenhausarzt (ohne nähere Spezifizierung)	34	(31,8 %)
Chirurg	22	(20,6 %)
Allgemeinarzt	16	(15,0 %)
Internist	7	(6,5 %)
Gynäkologe	6	(5,6 %)
Pädiater	3	(2,8 %)
Zahnarzt	3	(2,8 %)
HNO-Arzt	3	(2,8 %)
Anästhesist	2	(1,9 %)
Radiologe	2	(1,9 %)
Urologe	1	(0,9 %)
sonstige Ärzte (ohne nähere Spezifizierung)	8	(7,5 %)

Sieht man von den die Tabelle anführenden, nicht näher spezifizierten Krankenhausärzten ab, so entsprechen diese Ergebnisse mit nur geringen Abweichungen den Erhebungen von C. v. Brandis u. O. Pribilla¹⁾ und von W. Eisenmenger et al..²⁾

1) Brandis, C.v. u. O. Pribilla, Arzt und Kunstfehlervorwurf, Goldmann München 1973, S. 20

2) Eisenmenger, W., Liebhardt, E. u. R. Neumaier, Ergebnisse von "Kunstfehlergutachten", Beiträge zur gerichtlichen Medizin 36 (1978), S. 216

Auf den ersten Blick könnte man meinen, daß den Chirurgen und Krankenhausärzten (unter denen sicherlich auch ein großer Teil Chirurgen sind) eher eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung unterläuft als ihren Kollegen aus anderen Fachrichtungen. Dieser Eindruck jedoch wäre sicher nicht richtig. Tatsächliche oder angebliche Fehler im chirurgischen Bereich sowie im Krankenhausbereitschaftsdienst und in der Unfall-Ambulanz treten nur augenfälliger in Erscheinung; die der anderen Fachkollegen sind meist schwerer aufzufspüren - deshalb aber wohl kaum seltener.¹

So kann man aus dieser Zusammenstellung nicht auf die Fehlergefahr der einzelnen Fachgebiete schließen, sondern nur sagen, wo oder in welchem Fach nach unseren Erfahrungen mehr oder weniger Schuldvorwürfe drohen.

3. Von wem wurden die Verfahren in Gang gebracht?

In 44 Fällen (41 %) wurden die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen auf eine Anzeige aus dem Angehörigen- bzw. Bekanntenkreis hin aufgenommen.

Eine Anzeige (0,9 %) wurde anonym erstattet.

20 mal (18,7 %) erfolgte Mitteilung an die Staatsanwaltschaft durch das Krankenhaus, in 6 Fällen (5,6 %) durch den behandelnden Arzt.

3 Verfahren wurden auf die Anzeige des betroffenen

1) Carstensen, G., Selbstkontrolle aus chirurgischer Sicht, MMW 121 (1979) S. 549

Patienten (bzw. seines gesetzlichen Vertreters) hin eingeleitet (wegen Körperverletzung).

33 mal ordnete die Staatsanwaltschaft von sich aus eine Leichenöffnung wegen unbekannter Todesursache an und eröffnete dann ein Verfahren gegen den behandelnden Arzt.

4. Welcher Art waren Vorwurf oder Verdacht?

Der Vorwurf oder Verdacht gegen den jeweiligen Arzt lautete

in 61 Fällen (57 %) auf fahrlässige Tötung,

in 3 Fällen (2,8 %) auf fahrlässige Körperverletzung,

in 15 Fällen (14 %) auf unterlassene Hilfeleistung,

in 28 Fällen (26,2 %) allgemein auf "ärztliches Verschulden" ohne nähere Tatbestandsbezeichnung. •

Bisweilen scheint von den Juristen der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung den Körperverletzungs- bzw. Tötungsdelikten gegenüber zunächst nicht klar abgegrenzt zu werden. Das kam bei der Bearbeitung unserer Fälle des öfteren in den Fragestellungen der Staatsanwaltschaft an den rechtsmedizinischen Gutachter, bzw. in den Formulierungen in den staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten zum Ausdruck.

Dazu ein Beispiel:

Ein 47-jähriger Mann, seit längerer Zeit bei seinem Hausarzt "wegen Atemnot" in Behandlung, brach auf der Straße zusammen. Eben dieser Hausarzt wurde gerufen; er kam, untersuchte den Mann und erklärte, der Mann habe nichts; er kenne ihn schon lange als seinen Patienten und wisse, daß er schon öfters simuliert habe; eine Krankenhauseinweisung sei unnötig und er könne nach Hause gehen. Von Polizeibeamten wurde der Mann nach Hause gebracht. Dort trat der Tod ein.

Gegen den Arzt wurde ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wegen unterlassener Hilfeleistung.

Die im Zuge der Ermittlungen angeordnete Obduktion ergab, daß Todesursache ein Infarkt des schwer vorgeschädigten Herzens war. Anmerkung des Gutachters: 'Herr X war kein Simulant, sondern ein schwerkranker Mann. Bei genügender Sorgfalt wäre das Herzleiden entdeckt worden. Nach dem Zusammenbruch war die Möglichkeit einer Rettung allerdings sehr unwahrscheinlich.'

Daraufhin wurde das Verfahren eingestellt.

Der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung ist, wie oben dargestellt, subsidiär gegenüber einem spezielleren Garantendelikt.

Die Garantenstellung des Arztes wurde hier begründet, indem er kam und mit der Untersuchung bereits die aktuelle Behandlung übernahm (wenn man sie nicht bereits dadurch als gegeben ansieht, daß es sich um einen seiner Patienten handelte, der bei ihm in ständiger Behandlung war).

Vor einer unterlassenen Hilfeleistung war also ein spezielleres Garantendelikt, hier fahrlässige Tötung, in Erwägung zu ziehen. Daß eine Bestrafung daraus letztlich aufgrund mangelnden Kausalitätsnachweises nicht möglich war, ändert nichts an der Vorrangigkeit dieses Tatbestandes.

Eine Bestrafung wegen subsidiär zu prüfender unterlassener Hilfeleistung mußte am subjektiven Tatbestand scheitern: Der Vorsatz des Arztes war es gerade nicht, Hilfe zu verweigern, sondern er war sofort gekommen und hatte den Patienten untersucht. Daß seine Hilfe letztlich keine war, ändert daran nichts.

In etwa der Hälfte der 14 % unserer Fälle, in denen von den Ermittlungsbehörden unterlassene Hilfeleistung geprüft worden war, wurde dieser subsidiäre Tatbestand nicht gegenüber vorrangigen Tatbeständen abgegrenzt.

Der medizinische Sachverständige tut gut daran, sich von vorneherein auf beide Vorwürfe, den der unterlassenen Hilfeleistung einerseits und der fahrlässigen Körperverletzung bzw. Tötung andererseits einzustellen, auch wenn nur nach einem von beiden gefragt ist.

5. Fragestellungen an den Gutachter

Ähnlich unpräzise wie die Verdachts- bzw. Vorwurfskategorie "ärztliches Verschulden" waren oft die Fragestellungen in den Gutachtenaufträgen an den medizinischen Sachverständigen, wie:

- "Liegt schuldhaftes Verhalten des behandelnden Arztes vor?"
- "Ist ärztliches Verschulden feststellbar?"
- "Sind bei der Behandlung Kunstfehler gemacht worden?"

Selbst ein in der Gerichtspraxis erfahrener Gutachter sieht sich bei so allgemeiner Fragestellung weitgehend im Stich gelassen.

Einerseits soll er sich nicht weiter äußern als dazu, worüber er befragt wird.¹⁾

Die Feststellung der Schuld fällt andererseits in die Kompetenz der Juristen. Eine Beantwortung der

1) Kohlhaas, M. a.a.O. S. 6;
Laufs, A., Arztrecht, 2. Aufl., C.H. Beck
München 1978, S. 109

Frage nach der Schuld könnte dem Gutachter den Vorwurf der Kompetenzüberschreitung ein ragen, vielleicht sogar die Besorgnis der Befangenheit wegen dieser Kompetenzüberschreitung.

Die Juristen sollten den medizinischen Gutachter nicht nach der Schuld fragen, sondern nach der in dem speziellen Fall den Umständen nach gebotenen Sorgfalt und nach Abweichungen von der Sorgfaltspflicht.

Hier offenbart sich eine grundlegende Schwierigkeit im Verhältnis zwischen Jurist und medizinischem Sachverständigen. Wünscht sich dieser eine präzise, eindeutige Fragestellung, so ist jener - infolge der Sachkenntnis, um deretwillen er des Sachverständigen ja gerade bedarf - oft noch nicht in der Lage, mit seinen Fragen an die wesentlichen Punkte des zu beurteilenden Sachverhaltes vorzustoßen.

6. Verständigungsschwierigkeiten

Dazu kommen die Unterschiede im normativ-juristischen und naturwissenschaftlich-ärztlichen Denken.¹⁾

Die Fachsprache der einen Disziplin erscheint der jeweils anderen häufig als unentwirrbares Standesgeheimnis.

Der medizinische Gutachter ist nicht selten in Sorge, ob er auch richtig verstanden wurde. Es kann für die

1) Schreiber, H.-L. u. G. Müller-Dethard, a.a.O., S. 375

2) Dunz, W., Das heikle Thema oder das Unbehagen an der Kunstfehlerbegutachtung, Der medizinische Sachverständige 72 (1976) S. 75

Verständigung sehr hilfreich sein, wenn der Jurist nach dem Gutachten des Mediziners sofort noch in dessen Beisein mit seinen, des Juristen, Worten wiederholt, was er dem medizinischen Gutachten entnommen hat.

Ein Ausweg aus diesem Dilemma wäre die Zuziehung des medizinischen Sachverständigen zur Beratung des Gerichts oder seine Einbeziehung in das Gericht selbst. Ähnlich wie es bei Gericht etwa besondere Kammern für Handelssachen gibt, könnten solche mit einem medizinischen Sachverständigen als Richter eingeführt werden.¹⁾

Selbstverständlich würde ein medizinischer Sachverständiger auf der Richterbank nicht die Hinzuziehung von Fachgutachten überflüssig machen, das wäre eine Überforderung seines notwendig nicht auf allen medizinischen Gebieten gleich ausgeprägten Sachverständes.

Zwischen solchermaßen spezialisiertem Gericht und Gutachter könnten aber die Verständigungsschwierigkeiten abgebaut werden, wichtige Punkte des Sachverhaltes könnten besser und schneller geortet werden, Fragestellungen könnten präzisiert werden, und die Ausführungen und Ergebnisse des Gutachtens könnten einer eigenen Prüfung durch das Gericht unterworfen und für die Urteilsfindung besser verwertet werden.

1) Verfassungsrechtliche Bedenken gegen einen medizinischen Sachverständigen als Richter - im Hinblick auf Art. 92 Grundgesetz - sind durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts ausgeräumt, in dem die ausschließliche Verwendung rechtsgelehrter Richter als nicht notwendig festgestellt wird;
NJW 23 (1970) S. 1227

Es gibt heute schon bei Staatsanwaltschaften und Gerichten Spezialabteilungen für Arztsachen. Gewiß führt das zu mehr eigener Sachkunde und Routine. Gleichwohl sind aber auch solchermaßen intensiver mit der Materie befaßte Staatsanwälte und Richter nicht mehr als gelehrte Laien ohne fundamentale Grundkenntnisse in der ärztlichen Disziplin, und sie brauchen daher eine klare Verständigung mit dem ärztlichen Gutachter.

Von einer Lösung der Probleme sind wir indessen noch entfernt. Gericht und Sachverständiger werden weiterhin mit Verständigungsschwierigkeiten zu kämpfen haben.

7. Die Kritik am Sachverständigen - gerechtfertigt oder unberechtigt?

Es wird nicht leicht sein, den Argwohn abzubauen, daß medizinische Gutachter "Schwierigkeiten" haben, sich von "hergebrachtem Standesdenken" zu lösen und einem Kollegen ärztliches Fehlverhalten zu attestieren.

Inwieweit ist der Vorwurf mangelnder Objektivität überhaupt gerechtfertigt?

Bei unseren Untersuchungen hat sich gezeigt, daß dieser Vorwurf - zumindest in unseren Fällen - keinen Halt findet.

Wo Anhaltspunkte für Verfehlungen gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht feststellbar waren, gingen die Gutachter oft bemerkenswert hart mit dem beschuldigten Arzt ins Gericht.

Das soll exemplarisch anhand zweier Fälle aufgezeigt werden.

Ein 8-jähriger Junge stürzte mit seinem Fahrrad. Eine Hautwunde neben dem Auge wurde im Krankenhaus vernäht. Danach wurde der Junge nach Hause entlassen, obgleich er schon im Krankenhaus erbrochen hatte und erhöhte Temperatur aufwies. Nachdem er zuhause weiterhin erbrach und das Fieber stieg, wurde er durch den Notarzt wieder ins Krankenhaus eingewiesen, wo jedoch nach den Ermittlungen nichts veranlaßt wurde. Nach weiterer Verschlechterung des Zustandes wurde das Kind in die Universitätskinderklinik eingeliefert, wo bereits bei Einweisung ein voll ausgebildeter Tetanus diagnostiziert wurde. Die sofort durchgeführte Revision der Augenhöhle förderte ca. 10 1 - 2 mm dicke und bis zu 1 cm lange Holzsplitter zutage. Trotz intensiver Behandlung des Wundstarrkrampfes und weiterer Intensivbehandlung verstarb das Kind unter den Zeichen eines Herz- und Kreislaufstillstandes bei Tetanusinfektion.

Gegen den erstbehandelnden Arzt wurde wegen Verdachts der fahrlässigen Tötung ermittelt. Der rechtsmedizinische Gutachter kam zu dem Ergebnis, daß die Wundversorgung und die Immunisierung zur Vermeidung des Wundstarrkrampfes nicht regelrecht erfolgt waren.

Das von ihm angeregte fachchirurgische Zusatzgutachten ergab: "Die erste Wundversorgung bei dem verstorbenen Kind ist ungenügend und unsachgemäß vorgenommen worden. Sie trägt alle Merkmale eines eindeutigen Verstoßes gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht." Die Unterlassung einer ausreichenden Immunisierung "ist ebenfalls als ein Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht anzusehen".

Ein weiterer Fall:

Eine 39-jährige Frau zog sich bei einem Sturz in eine Glastür Schnitt- und Stäbverletzungen am rechten Oberschenkel und in der rechten Flanke zu. Im Krankenhaus wurden diese Wunden genäht und verbunden. Danach wurden bei einer Röntgendurchleuchtung in der Tiefe befindliche Splitter entdeckt. Bei der anschließenden erneuten Revision der betreffenden Wunde wurden Splitter entfernt und die verletzte Leberkapsel genäht. Wenige Stunden später trat der Tod ein.

Die Obduktion ergab als Todesursache Schock durch Verbluten nach innen infolge Glassplitterverletzung im Bereich des rechten Oberbauches. Schwere und Ausmaß der Verletzungen waren vom Operateur verkannt worden. Die zur Blutstillung unbedingt erforderliche Operation wurde verspätet vorgenommen, und auch dabei übersah er, daß neben der Leber auch die rechte Niere verletzt war mit der Folgeerscheinung der Blutung, und ebenso bemerkte er nicht, daß das Zwerchfell perforiert und die rechte Brusthöhle eröffnet worden waren.

Das fachchirurgische Zusatzgutachten führt aus:
"So dokumentiert sich die ganze Tragik einer völlig ungenügenden chirurgischen Versorgung, für die der Vorwurf einer mangelnden ärztlichen Sorgfalt eigentlich nicht ausreicht." Und weiter:"Der Begriff der mangelnden Sorgfalt gibt nur ungenügend wieder, was hier an Unterlassungen und an Verstoß gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen, hier der chirurgischen Kunst geschehen ist. Das Vorgehen in der mangelhaften Revision der Wunde widerspricht allen, auch den einfachsten Regeln der chirurgischen Kunst, und in diesem Fall sind diese Regeln sehr einfach und präzise und beinhalten das, was in jedem chirurgischen Lehrbuch nachzulesen ist."

Das ist deutlich! Auch in anderen Fällen, wo gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht verstoßen wurde, legten die Gutachter die Fehler der Kollegen ebenso offen und schonungslos dar.

Das war in 19 von 107 Fällen (17,8 %) der Fall.

Daß es gleichwohl in den meisten Fällen, wie auch in den beiden geschilderten, trotz festgestellter ärztlicher Sorgfaltspflichtverletzung doch zur Einstellung oder zum Freispruch im Strafverfahren kommt, liegt füglich - jedenfalls ausweislich unseres Untersuchungsmaterials - nicht an einem aus Standessolidarität entspringenden Mangel an Objektivität oder "parteiischer Erstattung eines Kollegialitätsgutachtens", sondern an dem hohen Maß an Sicherheit, das im Strafrecht für eine Verurteilung notwendig ist.

Mancher Stab, der über einen Gutachter gebrochen wird, bliebe heil, wenn sein gesamtes Gutachten zur Kenntnis genommen würde. Meistens jedoch wird die Objektivität und Unparteilichkeit eines Sachverständigen daran gemessen, wie das Verfahren ausgeht. Die Öffentlichkeit ist enttäuscht, wenn es nicht zur Bestrafung kommt und knüpft daran die Vermutung, daß dies Folge einer kollegial einseitigen Begutachtung sei.

Derselbe Mitbürger, der für sich persönlich verlangt, daß ihm, wenn er mit dem Gesetz in Konflikt geraten ist, Schuld und Ursachenzusammenhang mit der erforderlichen hohen Sicherheit nachgewiesen wird, hat oft wenig Verständnis dafür, daß im Falle eines Schuldvorwurfs gegen den Arzt die gleichen, ebenso strengen Regeln zu gelten haben.

8. Ausgang und Dauer der Verfahren

Unsere Untersuchungen ergaben folgendes zahlenmäßige Bild: Von den 107 untersuchten Fällen wurden 96 Verfahren (89,7 %) vor Anklageerhebung eingestellt, wobei in 85 Fällen (79,4 %) keine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung festgestellt werden konnte und in 11 Fällen (10,3 %) trotz festgestellter ärztlicher Sorgfaltspflichtverletzung die Kausalität nicht mit hinreichender Sicherheit dargetan werden konnte.

Gegen 18 Einstellungen wurde Beschwerde eingelegt, die in 6 Fällen zurückgewiesen wurde und in 12 Fällen zur Wiederaufnahme des Verfahrens führte; in allen 12 Fällen kam es jedoch alsbald zur erneuten Einstellung. Daraufhin wurde in 4 Fällen ein Klagerzwingungsverfahren angestrengt, das in 3 Fällen erfolglos blieb und in einem Fall zur Anberaumung der Hauptverhandlung führte. Zur Hauptverhandlung kam es indessen nicht, weil der beschuldigte Arzt vorher verstarb.

Der Anteil der Einstellungen in unserem Untersuchungsmaterial korreliert recht genau mit den Einstellungsquoten anderer Erhebungen.¹⁾

In 7 Fällen (6,5 %) kam es zur Hauptverhandlung; 3 davon endeten mangels hinreichend sicheren Kausalitätsnachweises mit Freispruch, 4 Verfahren (3,7 %) endeten mit Verurteilung.

1) Brandis, C.v. u. O. Pribilla a.a.O. S. 22/23

In einem Fall (0,9 %) erfolgte Verurteilung durch Strafbefehl, also ohne Hauptverfahren.

Damit endeten 5 Fälle (4,6 %) mit Bestrafung.

3 Fälle (2,8 %) waren bei Abschluß der Untersuchung noch offen.

Die Dauer der Verfahren lag im Durchschnitt bei 13,6 Monaten, wobei allerdings zu bemerken ist, daß dieser Durchschnittswert beeinflußt ist von einigen ungewöhnlich lang dauernden Verfahren, (das längste dauerte 7 Jahre).

Mit 83 Verfahren lag die deutliche Mehrzahl unter 18 Monaten Dauer, und der Durchschnitt der Dauer dieser 83 Verfahren betrug 8,4 Monate.

Als Ursachen für eine längere Dauer der Verfahren kamen hauptsächlich in Betracht:

- Einholung eines oder mehrerer Zusatzgutachten und dadurch bedingte Verzögerungen,
- Einlegung von Rechtsmitteln seitens der Beteiligten, insbesondere Beschwerden gegen Einstellungen und Klageerzwingungsverfahren.

9. Freispruch wegen fahrlässiger Tötung -
aber Verurteilung wegen fahrlässiger
Körperverletzung

Wenn ein unter dem Vorwurf fahrlässiger Tötung angeklagter Arzt freigesprochen oder das Verfahren gegen ihn eingestellt wird, weil trotz festgestellter Sorgfaltspflichtverletzung deren Ursächlichkeit für den Tod nicht mit der nötigen

Sicherheit nachgewiesen werden kann, so entsteht angesichts dieser Situation häufig in der Öffentlichkeit der Verdacht, der Arzt werde für seine Fehler weniger streng zur Rechenschaft gezogen als andere. Um diesem Verdacht vorzubeugen, bietet sich folgender Weg an:

Wenn bei den Ermittlungen deutlich wird, daß zwar eine Sorgfaltspflichtverletzung vorliegt, deren Todesursächlichkeit jedoch nicht hinreichend sicher feststeht, so ist danach zu fragen, ob diese Sorgfaltspflichtverletzung ursächlich für eine vorangegangene Körperverletzung war, die beispielsweise bestehen könnte in der Nichtnutzung einer Besserungschance, in dem "Verbringen in Todesnähe",¹⁾ in der Nichthinderung oder Steigerung von Schmerzen.²⁾

Die Ursächlichkeit einer festgestellten Sorgfaltspflichtverletzung für solch eine einzelne oder mehrere Körperverletzungen wird sich bisweilen leichter nachweisen lassen als deren Todesursächlichkeit.

Zur Strafverfolgung bedarf es allerdings, da fahrlässige Körperverletzung ein Antragsdelikt ist, eines Strafantrages, § 232 StGB.

Dieser wird jedoch, wenn der Verletzte oder seine Angehörigen ein Interesse an der Strafverfolgung haben, von jenen gestellt werden, bzw. ist bei Vorliegen eines besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung entbehrlich, § 232 StGB.

1) Siehe dazu den Fall unten S. 67.

2) Siehe dazu oben S. 32 Fn 1).

In 11 unserer Fälle erschien dieser Weg zumindest möglich, wurde jedoch nicht beschritten. Als Beispiele seien die beiden oben (S. 61-62) beschriebenen Fälle angeführt, in denen die Ärzte unter dem Vorwurf der fahrlässigen Tötung standen, von den Gutachtern in eindeutiger Weise Verstöße gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht attestiert wurden, deren Ursächlichkeit für den Tod jedoch nicht hinreichend sicher nachgewiesen werden konnte.

In beiden Fällen wurde die Frage nach einer eventuellen vorangegangenen fahrlässigen Körperverletzung nicht angeschnitten, und es erfolgte Einstellung bzw. Freispruch.

Nur dreimal schwenkte das Gericht von dem Vorwurf der (nicht nachweisbaren) fahrlässigen Tötung auf den der fahrlässigen Körperverletzung um:

Ein Chirurg stand wegen fahrlässiger Tötung in zwei Fällen vor Gericht. Zwei seiner Patienten waren aus der Narkose nicht wieder erwacht. Die Anklage warf dem Arzt vor, ein Narkosegerät mit falschem Verdampfer benutzt zu haben, wodurch eine tödlich wirkende Konzentration des Narkosemittels entstanden sei. Die medizinischen Gutachter erblickten zwar in der Überdosierung des Narkosemittels einen Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht, vermochten jedoch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den Tod darauf zurückzuführen. Das Gericht schloß sich dem an, sah es aber als erwiesen an, daß der Arzt durch die Überdosierung des Narkosemittels die Patienten in Todesnähe verbracht habe und erkannte auf fahrlässige Körperverletzung.

Der weitere, dritte Fall:

Ein 23-jähriger Patient, seit Jahren an schwerem Asthma bronchiale leidend, bekam einen Anfall. Der zuhelfe gerufene Arzt verordnete u. a. Dociton zur Blutdrucksenkung.

Aufgrund einer Verschlechterung seines Zustandes wurde der Patient ins Krankerhaus eingeliefert, wo der Tod eintrat. Der Arzt wurde wegen fahrlässiger Tötung angeklagt. Der medizinische Gutachter legte dar, daß die Medikation mit Dociton streng kontraindiziert war, somit die Verordnung einen Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht darstellte. Der Tod als Folge der Dociton-Gabe ließ sich gleichwohl nur als Möglichkeit darstellen, aber nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit; ein neuer, starker Allergeneinfluß konnte ebenfalls die Ursache der tödlichen Verschlechterung gewesen sein. Das Gericht führte daraufhin den Prozeß unter dem Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung weiter, weil der Arzt eventuelle Besserungschancen nicht ausgenutzt und durch seine Maßnahme den Krankheitszustand verschlimmert habe.

Diese Rechtsprechung erscheint logisch und konsequent und läßt keinen Raum für Argwohn gegenüber Justiz und Sachverständigen.

10. Die ärztliche Berufsgerichtsbarkeit

Eine weitere Institution zur Sanktionierung ärztlichen Fehlverhaltens ist die Berufsgerichtsbarkeit. In erster Linie geschaffen zur Pönalisierung der Nichtbeachtung besonderer Berufspflichten des Arztes gemäß den Vorschriften der Berufsordnung, kann sie aber auch ärztliche Sorgfaltspflichtverletzungen im strafrechtlichen Sinne ahnden und zwar:

- wenn nach Verurteilung im Strafverfahren noch ein sog. "berufsrechtlicher Überhang" besteht, d. h., wenn ein besonderer Grund für eine zusätzliche berufsgerichtliche Beurteilung vorliegt oder wenn mit einer berufsgerichtlichen Verurteilung

besondere Zwecke verfolgt werden, die nicht bereits durch das Strafurteil erfüllt worden sind,¹⁾

- oder bei Einstellung oder Freispruch im Strafverfahren, wenn die dem Fall zugrundeliegenden Tatsachen einen Straftatbestand nicht oder nicht nachweisbar erfüllen, aber dennoch einen Verstoß gegen Berufspflichten erkennen lassen.

So war es in einem unserer Fälle:

Ein Kinderarzt, der Notdienst hatte, wurde telefonisch zu einem an Masern erkrankten 8-jährigen Jungen gerufen. Der Arzt kam jedoch nicht, sondern gab den Eltern über seine das Telefon bedienende Ehefrau Anweisungen zur Behandlung des Kindes. Ein besonders schwerer Verlauf der Erkrankung brachte das Kind am nächsten Morgen ad exitum.

Der Staatsanwalt erhob Anklage wegen unterlassener Hilfeleistung. Das Gericht lehnte jedoch die Eröffnung des Hauptverfahrens ab mit der Begründung, daß nicht zu erweisen sei, daß der Arzt vorsätzlich Hilfe verweigert habe.

Das Berufsgerecht hingegen sprach gegen den Arzt einen Verweis aus und verhängte eine Geldbuße, weil es einen fahrlässigen Verstoß gegen seine ihm im ärztlichen Notdienst obliegenden Berufspflichten als gegeben ansah.

1) Anderenfalls läge eine nach Art. 103, Abs. 3 des Grundgesetzes unzulässige Doppelbestrafung vor: "ne bis in idem!"

Von diesem 'Instrument ärztlicher Selbstkontrolle'¹⁾ sollte konsequent Gebrauch gemacht werden!

Wenn bei eindeutig feststehender Pflichtverletzung ein ordentliches Gericht nach Ausschöpfung aller rechtlichen Möglichkeiten wegen nicht hinreichend sicheren Kausalitätsnachweises oder aus sonstigen juristischen Gründen diese Pflichtverletzung nicht ahnden kann, so sollte der Verantwortliche im Wege der Berufsgerichtsbarkeit zur Rechenschaft gezogen werden.

Neben der Präventivfunktion liegt darin vielleicht eine Chance, den oft gehegten Verdacht der Standes-solidarität zu zerstreuen und das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt wieder auf ein stabileres Fundament zu stellen.

1) Baldus, W., Berufsgerichtsbarkeit, Instrument der ärztlichen Selbstkontrolle, MMed 121 (1979) S. 563

SCHLUSSWORT

Die öffentliche Diskussion über ärztliche Fehler ist auf einem Höhepunkt angelangt. Eine emotional angeheizte Berichterstattung trägt mit dazu bei, daß das Arztrecht an vielen Stellen von einem Mißtrauen überwuchert ist, das der Sache selbst alles andere als dienlich ist. Statt sich immer mehr in Gegensätzlichkeiten treiben zu lassen, sollten alle Beteiligten zu einer Entkrampfung der Spannungen und zur Sachlichkeit der Diskussion beitragen.

Fehldiagnosen und falsche Behandlungen hat es immer gegeben und wird es auch in Zukunft immer wieder geben; es gibt keine Patentrezepte, die gegen die Fehlbarkeit des Menschen schützen.

Vermeidbar aber sind jene krassen, kaum verständlichen Sorgfaltspflichtverletzungen, vor denen (nicht nur) der medizinische Sachverständige kopfschüttelnd steht. Sie zu verhindern, muß jeder einzelne Arzt wie auch die Ärzteschaft insgesamt alles daran setzen. Dazu gehört, daß dieser Berufsstand, der immer noch ein hohes Ansehen genießt, das seine dazu beiträgt, daß Ärzte, die durch grobe Verstöße gegen Berufs- und Sorgfaltspflicht ihren Patienten und dem Ruf ihres Standes Schaden zugefügt haben, zur Rechenschaft gezogen werden.

Es gilt, das in Gefahr geratene Ansehen der Ärzte und das ihnen von den Patienten entgegengebrachte Vertrauen zu rechtfertigen und zu erhalten, damit sich Arzt und Patient weiterhin unbefangen in die Augen blicken können.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Zahl der Verfahren gegen Ärzte steigt. Die Ursachen dürften u.a. liegen in den wesentlich intensiveren Behandlungsmethoden, in der fortschreitenden Verrechtlichung der Arzt-Patient-Beziehung, in übersteigerten Erwartungen und erhöhter Prozeßbereitschaft, z.T. hervorgerufen durch eine emotional angeheizte, tendenziöse Berichterstattung. Zwischen Medizin und Jurisprudenz herrschen oft Verständigungsschwierigkeiten. Eine uneinheitliche und nicht selten uneindeutige Terminologie führt vor allem in der Fragestellung der Juristen an den medizinischen Gutachter zu Mißverständnissen. Für die rechtliche Wertung ärztlichen Fehlverhaltens ist der "Kunstfehler"-Begriff unbrauchbar und sollte zugunsten eindeutiger juristischer Terminologie vermieden werden.

Dem medizinischen Gutachter wird bisweilen der Vorwurf mangelnder Objektivität gemacht. Dabei wird übersehen, daß er auch bei Feststellung ärztlichen Fehlverhaltens häufig die Kausalität aufgrund der Unwägbarkeiten biologischen Geschehens nicht mit der notwendigen Sicherheit nachweisen kann. Der Vorwurf findet, jedenfalls in unseren Untersuchungen, keine Bestätigung. Um Verständigungsschwierigkeiten auszuräumen und Vorwürfen vorzubeugen, werden verschiedene Möglichkeiten erörtert.

Wenn die Kausalität für den Tod eines Patienten nicht hinreichend sicher nachweisbar ist, kann eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung als Körperverletzung strafbegründend sein. Wo trotz feststehenden ärztlichen Fehlverhaltens das Strafverfahren freispricht, sollten die Berufsgerichte das Ansehen des Berufsstandes und das Vertrauen der Patienten wahren.

LITERATURVERZEICHNIS

(Zusammenstellung der in den Fußnoten zitierten Literatur)

1. Arbeitskreis Ärzte und Juristen Stellungnahme zum Thema ärztliche Kunstregeln und "ärztlicher Kunstfehler"
Der medizinische Sachverständige 72 (1976) S. 82
2. Baldus, W. Berufsgerichtsbarkeit, Instrument der ärztlichen Selbstkontrolle
MMW 121 (1979) S. 563 - 564
3. Baur, U. Der ärztliche Kunstfehler
KHA 48 (1975) S. 419 - 420
4. Becker, W., Deutsch, E., Probleme der fachärztlichen Knappen, F.-J. und Aufklärungspflicht
K. Nüßgens Laryng.Rhinol. 54 (1975)
S. 783 - 808
5. Berg, St.P. Grundriß der Rechtsmedizin
11. Aufl., Rudolph Müller & Steinicke, München 1976
6. Bockelmann, P. Das Strafrecht des Arztes
in: Ponsold, A. (Hrsg.)
Lehrbuch der gerichtlichen Medizin
3. Aufl., Georg Thieme,
Stuttgart 1967, S. 1 - 47

7. Brandis, C.v. und O. Pribilla Arzt und Kunstfehlervorwurf
Wilhelm Golmann,
München 1973
8. Brüggemann, W. Widerrechtlichkeit des ärztlichen Eingriffs und Aufklärungspflicht des Arztes
NJW 30 (1977) S. 1473 - 1478
9. Carstensen, G. Selbstkontrolle aus chirurgischer Sicht
MMW 121 (1979) S. 549 - 550
10. Deutsch, E. Das therapeutische Privileg des Arztes: Nichtaufklärung zugunsten des Patienten
NJW 33 (1980) S. 1305 - 1309
11. Deutsch, E. Medizinische Fahrlässigkeiten
NJW 29 (1976) S. 2289 - 2293
12. Deutsch, E. Typen des Arztverschuldens
VersR 28 (1977) S. 101 - 105
13. Dotzauer, G. Warum ist der Begriff "Kunstfehler" irreführend?
DÄ 73 (1976) S. 3025 - 3028
14. Dunz, W. Das heikle Thema oder das Unbehagen an der Kunstfehlerbegutachtung
Der medizinische Sachverständige 72 (1976) S. 74 - 75

15. Eisenmenger, W.,
Liebhardt, E. und
R. Neumaier Ergebnisse von "Kunstfehler-
gutachten"
Beiträge zur gerichtlichen
Medizin 36 (1978) S. 215 - 221
16. Franzki, H. und D. Waffengleichheit im Arzthaftungs-
prozeß
NJW 28 (1975) S. 2225 - 2229
17. Gärtner, H.J.,
Müller, Th.M. und
H.-J.A. Schade Ärztliches Handeln muß "prozeß-
fest" werden
Arzt und Wirtschaft 1980 Nr. 10
S. 35 - 39
18. Gerdes, V. Arzthaftung in den USA - ein
fast unversicherbares Risiko
Versicherungswirtschaft 31 (1976)
S. 62 - 67
19. Göppinger, H. Arzt und Recht - Medizinisch-
juristische Grenzprobleme
unserer Zeit
C.H. Beck, München 1966
20. Gramberg-
Danielsen, B. Die Haftung des Arztes
Ferdinand Enke, Stuttgart 1978
21. Grünwald, G. Heilbehandlung und ärztliche
Aufklärungspflicht
in: Göppinger, H. (Hrsg.)
Arzt und Recht - Medizinisch-
juristische Grenzprobleme
unserer Zeit
C.H. Beck, München 1966
S. 125 - 158

22. Häussermann, E. Sind Berufsordnungen nur
"Krähen-Komments"?
DÄ 75 (1978) S. 2437 - 2440
23. Holczabek, W. Der ärztliche Kunstfehler
WMM 125 (1975) S. 499 - 502
24. Isele, H.G. Grundsätzliches zur Haftpflicht
des Arztes
in: Mergen, A. (Hrsg.)
Die juristische Problematik
in der Medizin
Wilhelm Goldmann, München 1971
Bd. III, S. 11 - 24
25. Kleinewefers, H. Zum Rechtsverhältnis zwischen
Arzt und Patient
VersR 14 (1963) S. 297 - 304
26. Kohlhaas, M. Medizin und Recht
Urban & Schwarzenberg, München-
Berlin-Wien 1969
27. Krecke, A. Vom Arzt und seinen Kranken
Urban & Schwarzenberg,
Berlin-München 1947
28. Kreuzer, A. Ärztliche Hilfeleistungspflicht
in der Sicht des Strafrechts
in: Mergen, A. (Hrsg.)
Die juristische Problematik
in der Medizin
Wilhelm Goldmann, München 1971
Bd. II, S. 217 - 254

29. Kreuzer, A. Die unterlassene ärztliche Hilfeleistung in der Rechtsprechung
NJW 20 (1967) S. 278 - 281
30. Kriele, M. "Stand der medizinischen Wissenschaft" als Rechtsbegriff
NJW 29 (1976) S. 355 - 358
31. Kuhlendahl, H. Die ärztliche Aufklärungspflicht oder der kalte Krieg zwischen Ärzten und Juristen
DÄ 75 (1978) S. 1984 - 2007
32. Kuhlendahl, H. Wenn Vertrauen durch Vertrag ersetzt wird - Juristische und ärztliche Aspekte bei der Krankenbehandlung
FAZ vom 9. Dez. 1978
33. Lackner, K. Strafgesetzbuch mit Erläuterungen
12. Aufl., C.H. Beck, München 1978
34. Laufs, A. Arztrecht
2. Aufl., C.H. Beck, München 1978
35. Laufs, A. Die Entwicklung des Arztrechts im Jahre 1977/78
NJW 31 (1978) S. 1177 - 1181

36. Laufs, A. Die Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht und ihre deliktische Rechtsfolge
NJW 27 (1974) S. 2025 - 2030
37. Liebhardt, E. Kunstfehler und Aufklärungspflicht
Lebensversicherungsmedizin 30 (1978) S. 114 - 116
38. Loewe, W. Der ärztliche Kunstfehler in strafrechtlicher Sicht
DMW 86 (1961) S. 1187 - 1191
39. Mergen, A. Die juristische Problematik in der Medizin
Wilhelm Goldmann, München 1971
40. Münstermann, W. Informationsbedürfnis des Kranken - Untersuchung zur Erwartungshaltung stationärer Patienten
Inaugural-Dissertation
Münster 1976
41. Ponsold, A. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin
2. Aufl., Georg Thieme, Stuttgart 1957
42. Ponsold, A. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin
3. Aufl., Georg Thieme, Stuttgart 1967

43. Pribilla, O. Der ärztliche Kunstfehler und
seine forensisch-medizinische
Problematik
DÄ 71 (1974) S. 3078 - 3081
44. Schewe, G. und Ärztlicher Kunstfehler -
W. Janssen Zivilrechtliche Probleme
Beiträge zur gerichtlichen
Medizin 37 (1979) S. 91 - 104
45. Schmidt, E. Der Arzt im Strafrecht
in: Ponsold, A. (Hrsg.)
Lehrbuch der gerichtlichen
Medizin
2. Aufl., Georg Thieme,
Stuttgart 1957, S. 1 - 79
46. Schmidt, E. Gutachten für den 44. Deutschen
Juristentag
Verhandlungen des 44. Deutschen
Juristentages 1962
Bd. I, 4. Teil
47. Schönke/Schröder Strafgesetzbuch
Kommentar
20. Aufl., C.H. Beck,
München 1980
48. Schreiber, H.-L. Der medizinische Sachverständige
und G. Müller- im Strafprozeß
Dethard DÄ 74 (1977) S. 373 - 378

49. Schulz, G. Der Arzt im Strafverfahren
Therapie der Gegenwart 115
(1976) S. 1411 - 1415
50. Spann, W. Der ärztliche Kunstfehler
MMW 121 (1979) S. 557 - 560
51. Tempel, O. Inhalt, Grenzen und Durchfüh-
rung der ärztlichen Aufklärungs-
pflicht unter Zugrundelegung
der höchstrichterlichen Recht-
sprechung
NJW 33 (1980) S. 609 - 617
52. Uhlenbruck, W. Die Haftung des Arztes aus
strafrechtlicher Sicht
KHA 48 (1975) S. 436 - 444
53. Virchow, R. Kunstfehler der Ärzte
Ges. Abhandlungen aus dem Gebiet
der öffentlichen Medizin II 1879
(zitiert nach Holczabek, W.)
54. Wachsmuth, W. Der Einbruch des Zeitgeistes
in die Medizin - Entscheidungen
des Arztes und ihre ethischen
und natürlichen Grenzen
FAZ vom 22. März 1979
55. Wachsmuth, W. Zur Begriffsbestimmung und Pro-
blematik des sogenannten "Kunst-
fehlers"
KHA 48 (1975) S. 422 - 433

56. Weimar, W. Arzt - Krankenhaus - Patient
2. Aufl., dtv,
München 1976
57. Wilts, W. und Die zivilrechtliche Haftung
H. Kleinewefers des Arztes
in: Mergen, A. (Hrsg.)
Die juristische Problematik
in der Medizin
Wilhelm Goldmann, München 1971
Bd. III, S. 25 - 69
58. Wuermeling, H.-B. Juristisches und ärztlich-
naturwissenschaftliches Denken
in: Ponsold, A. (Hrsg.)
Lehrbuch der gerichtlichen
Medizin
3. Aufl., Georg Thieme,
Stuttgart 1967, S. 611 - 623

Meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. habil. H. W. Sachs, spreche ich meinen herzlichen Dank aus für die Überlassung des Themas und die vielen Anregungen bei dessen Bearbeitung. Besonders hervorheben möchte ich, daß Herr Prof. Sachs, zur Zeit der Erstellung meiner Arbeit Direktor des Institutes für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität, mit steter Gesprächsbereitschaft und wertvollem Rat mir jederzeit zur Seite stand.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeitern des Institutes, die mir mit Rat und Tat geholfen haben.

LEBENS LAUF

Am 24. Januar 1949 wurde ich, Ludger Figgenger, als jüngerer von zwei Söhnen des Gärtners Heinrich Figgenger und seiner Ehefrau Friedel, geb. Voigt, in Dorsten geboren.

Von Ostern 1955 bis Ostern 1959 besuchte ich die katholische Overberg-Volksschule zu Dorsten. Von dort wechselte ich auf das altsprachliche Gymnasium Petrinum zu Dorsten, wo ich am 20. Mai 1968 das Abitur bestand.

Vom 1. Juli 1968 bis zum 31. Dezember 1969 leistete ich den 18-monatigen Grundwehrdienst bei der Deutschen Bundeswehr, aus der ich als Fahnenjunker (ROA) schied.

Zum Sommersemester 1970 immatrikulierte ich mich an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster als Student der Rechtswissenschaften.

Im Wintersemester 1971/72 studierte ich an der Universität Lausanne (Schweiz), von wo ich zum Sommersemester 1972 an die Westfälische Wilhelms-Universität zurückkehrte.

Am 20. September 1975 bestand ich vor dem Justizprüfungsamt bei dem Oberlandesgericht Hamm die erste juristische Staatsprüfung.

Zum Wintersemester 1975/76 nahm ich an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster das Studium der Medizin auf.

Am 31. August 1977 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, am 31. August 1978 den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung, am 22. August 1980 den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung und am 13. Oktober 1981 den dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Am 2. November 1981 erhielt ich die Approbation als Arzt.

